**ALL.2**

AL COMUNE DI

UFFICIO SERVIZI SOCIALI

SAN SALVATORE DI FITALIA

Oggetto: Richiesta rimborso spese di trasporto per frequenza centri riabilitativi anno 2022. Soggetti portatori di handicap grave – Legge 104/92, art.3 comma 3.

\_\_l\_\_ sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nat\_ a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nella qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del disabile \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nat\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

D I C H I A R A

* Che il familiare/o il sottoscritto sopra generalizzato è disabile ai sensi della L.104/92, art.3, comma 3, sottoposto a trattamenti riabilitativi, secondo il programma redatto dall’ASP;
* Che tale soggetto è residente nel Comune di San Salvatore di Fitalia e convive con l\_\_ scrivente;

C H I E D E

Di essere ammesso all’intervento assistenziale di cui all’oggetto.

ALLEGA

1. Certificazione attestante la disabilità grave, ai sensi dell’art.3,comma3, della L.104/92.
2. Programma di ciclo riabilitativo redatto dall’ASP per l’anno di riferimento.
3. Certificazione rilasciata dal centro di cura e/o riabilitazione attestante il numero di sedute effettuate nell’anno.
4. Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente in corso di validità.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IL RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_