**AL SINDACO**

**del Comune di**

**VALGUARNERA**

OGGETTO:Richiesta ***contributo spese di viaggio per trasporto disabili*** presso centri di riabilitazione - **Anno 2019.**

\_\_l\_\_ sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con residenza nel Comune di Valguarnera alla Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice Fiscale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

-Preso atto dell'Avviso Pubblico datato\_\_\_ che prevede le modalità e il termine della presentazione della presente istanza:

**CHIEDE**

per il \_\_\_\_\_ semestre dell’anno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ un contributo per trasporto disabili presso il Centro di Riabilitazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A corredo della presente domanda da presentare nei 2 semestri nel corso dell'anno solare, allegare:

**1) Copia dell’autorizzazione rilasciata dal Distretto Sanitario- ASP di Enna, contenente il numero delle terapie riabilitative da svolgere presso la struttura convenzionata;**

**2)** L'allegata autocertificazione attestante la composizione del nucleo familiare, la residenza, l’attività lavorativa e il reddito complessivo del nucleo familiare;

**3)** Copia del certificato di invalidità civile o copia del certificato rilasciato dalla AUSL (Commissione L. 104/92), solo per chi ne è in possesso;

**4)** Fotocopia di un documento d’identità e del codice fiscale del richiedente;

**5)** Fotocopia Codice IBAN intestato al richiedente;

**Le PRESENZE dovranno essere presentate, a completamento del semestre: (PENA ESCLUSIONE DAL BENEFICIO)**

Valguarnera Caropepe, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **F I R M A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Preso atto dell’informativa fornitami ai sensi dell’art. 13 del decreto legislativo 30/06/2003 n. 196, acconsento qualora necessario, all’istruzione, alla definizione e alla comunicazione inerente la richiesta. 1) Al trattamento di eventuali dati sensibili; 2) Al trattamento dei miei dati sensibili all’estero; 3) Alla comunicazione dei dati personali e sensibili a soggetti che gestiscono servizi infornatici, di postalizzazione e di archiviazione e al trattamento dei dati stessi da parte di tali soggetti; 4) Alla comunicazione dei miei dati sensibili, ai fini diversi da quelli connessi alla presente richiesta, ad altri enti o amministrazioni pubbliche ove ciò sia necessario per lo svolgimento delle rispettive funzioni istituzionali.

**Consapevole del fatto che il mancato consenso** può comportare l’impossibilità di definire o notevole ritardo nella definizione della presente richiesta, **non consento** a quanto indicato ai punti  1  2  3  4

**Consapevole della responsabilità civile e penale** per dichiarazioni mendaci e falsità in atti, ai sensi degli articoli 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, **dichiaro** che le notizie fornite rispondono a verità. Le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle dichiarazioni.

In caso di dichiarazioni false, il cittadino può subire una condanna penale e decade da eventuali benefici ottenuti con la autocertificazione.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**COMUNE DI VALGUARNERA CAROPEPE**

**(Provincia di Enna)**

**AUTOCERTIFICAZIONE**

\_**\_ L\_\_ sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 N. 445

**D I C H I A R A**

**1) di essere nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**2) di essere residente in Valguarnera alla Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_**

**3) che i soggetti componenti il nucleo familiare risultano come segue:**

(richiedente, componenti la famiglia anagrafica e altri soggetti considerati a carico ai fini IRPEF)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Num. d’ord** | **COGNOME E NOME**  | **LUOGO DI NASCITA** | **DATA DI NASCITA** | **RAPPORTO DI PARENTELA** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |

**4) ALTRE INFORMAZIONI SUL NUCLEO FAMILIARE:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N.** | **TITOLO DI STUDIO** | **QUALIFICA** | **OCCUPATO DAL** | **DISOCCUPATO DAL** | **PENSION. DAL** |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |

**D I C H I A R A, altresì,**

5) che il nucleo familiare risiede in abitazione:

a) di proprietà a uso abitativo; SI NO

b) utilizzato a titolo gratuito; SI NO

c) risiede in abitazione in locazione; SI NO

d) possiede uno o più immobili; SI NO

6) che nessuno dei componenti del nucleo familiare ha fatto richiesta per la stessa motivazione ad altri Enti, in relazione ai bisogni richiesti nell’allegata domanda di assistenza economica;

7) di non fruire di altre forme di assistenza (rendite provvisorie e vitalizie, INAIL, ricovero minori, ex ANMIL, ex ENAOLI, Illeggitimi, R.M.I., ecc…)

8) che nessuno dei componenti il nucleo familiare con handicap psico-motorio permanente ha invalidità superiore al 60% SI NO

DICHIARA, altresì, che il reddito complessivo dell’intero nucleo familiare ai fini IRPEF è stato di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.-

REDDITO DEI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DESCRIZIONE** | **DICHIARANTE** | **CONIUGE** | **FIGLI o Altri Conviventi** |
| a) TERRENI EDIFICABILI TERRENI AGRICOLI |  |  |  |
| b) FABBRICATI |  |  |  |
| c) LAVORO AUTONOMO |  |  |  |
| d) LAVORO DIPENDENTE |  |  |  |
| e) PENSIONE RENDITE O VITALIZI |  |  |  |
| f) ASSEGNO INVALIDITA’ CIVILE-ACCOMPAGNAM. |  |  |  |

**Valguarnera Caropepe, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**I L D I C H I A R A N T E**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**