

# COMUNE DI VILLAFRATI

(CITTA' METROPOLITANA DI PALERMO)  
SETTORE AMMINISTRATIVO  
SERVIZIO 5

## IL RESPONSABILE DEL SETTORE AMMINISTRATIVO

Visto il regolamento unico di distretto per la fruizione dei servizi sociali approvato con delibera di CC n. 60 del 20.12.2005 ed in particolare gli articoli 26-27-28-29-30-31 riguardanti prestazioni sociali area portatori di handicap;

### AVVISA

**che a partire dal giorno 29/10/2018 e fino al 27/11/2018, si possono presentare le domande per la richiesta di contributo per trasporto verso centri di riabilitazione per portatori di handicap grave L. 104/92 art.3 comma.3 per l'anno 2019**

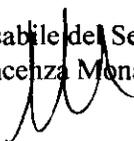
Gli interessati , potranno ritirare l'apposito modulo presso la sede dell'Ufficio servizi sociali sita in Via Parco delle Rimembranze,4 nei giorni di **lunedì mercoledì e venerdì dalle ore 9,00 alle ore 12,30 e il mercoledì pomeriggio dalle ore 16,00 alle ore 18,00**

**L'ISTANZA DOVRA' ESSERE CORREDATA DALLA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:**

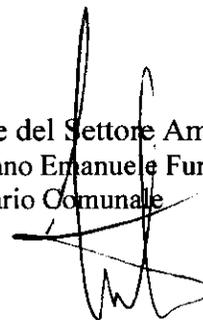
- 1) **Certificazione attestante la sussistenza dell'handicap ai sensi dell' art.3 comma,3 della L.104/92;**
- 2) **Per i soggetti in attesa di riconoscimento della certificazione attestante la sussistenza dell'handicap ai sensi dell' art.3 comma,3 della L.104/92-certificazione medica attestante l'impossibilità all'uso del trasporto pubblico;**
- 3) **Impegnativa dell'ASL competente autorizzativa del numero di sedute in relazione alla tipologia di terapie da effettuare.**
- 4) **Fotocopia del documento di identità in corso di validità.**

Villafрати,li \_\_\_\_\_

Il Responsabile del Servizio 5  
Sig.ra Vincenza Monastero



Il Responsabile del Settore Amministrativo  
Dott. Sebastiano Emanuele Furitano  
Segretario Comunale



# COMUNE DI VILFRATI

(CITTA' METROPOLITANA DI PALERMO)  
SETTORE AMMINISTRATIVO  
SERVIZIO 5

Al signor Sindaco del  
Comune di Villafrati

**OGGETTO: RICHIESTA CONTRIBUTO PER TRASPORTO VERSO I CENTRI DI  
RIABILITAZIONE IN FAVORE DI PORTATORI DI HANDICAP GRAVE PER  
L'ANNO\_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_ I \_\_\_\_\_ sottoscritto/a \_\_\_\_\_

CHIEDE

Di essere ammesso al contributo verso i centri di riabilitazione per l'anno \_\_\_\_\_ che sarà  
quantificato in base al costo del carburante e al numero di sedute autorizzate dall'Asl ed  
effettivamente effettuate.

A tal fine

DICHIARA

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, consapevole delle responsabilità  
cui va incontro in caso di dichiarazione mendace:

di essere nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

di essere residente a Villafrati in via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

nella qualità di \_\_\_\_\_ del portatore di handicap

sig. \_\_\_\_\_, nato a

\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Allega alla presente i seguenti documenti:

- copia L. 104/92 art.3 comma 3, ogni altro documento utile alla determinazione dello stato di  
bisogno assistenziale ( certificati medici, atto notorio);
- impegnativa dell'ASL competente, contenente il numero delle sedute riabilitative stabilite;
- fotocopia del documento di identità in corso di validità.

IL RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_

Dichiara

inoltre di aver ricevute tutte le informazioni previste ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679  
(GDPR) e del D.lgs 101/2018 e presta il proprio consenso al trattamento dei dati personali per l'espletamento  
delle procedure di cui alla presente richiesta.

IL RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_