**ISTANZA SERVIZIO DI TRASPORTO DISABILI**

**Al Comune di Partinico**

**Settore II**

**Servizi alla Persona e alla Comunità.**

**protocollo@pec.comune.partinico.pa.it**

Il/La sottoscritto/a......…..…………………...............................................……..............nato a ………………..

il…....................... residente a……………………..............via.................................................................n.........

cap....................tel...........………………. Cell...................……………………………………………………………

e-mail................................................................ ………………………………………………………………………

**CHIEDE**

 il servizio di trasporto presso Centro Diurno;

 il servizio di trasporto riabilitativo;

 Per se

 Per il proprio figlio/a

Nome…………………………………………Cognome………………………….nato/a a………………………

il…………………

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità Consapevole che, ai sensi dell’art. 76 del DPR 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l’uso di atti falsi sono punite ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali vigenti in materia

Di essere in una delle seguenti condizioni:

 frequenza al centro diurno comunale per disabili medio-gravi

 frequenza ai centri riabilitativi

 famiglia composta da soli anziani e/o disabili;

 soggetti appartenenti a nuclei familiari con svantaggio socio economico

 nuclei mono-genitoriali;

ALLEGA:

* Frequenza centro diurno disabili medio-gravi;
* attestazione partecipazione a centri riabilitativi del territorio;
* Verbale di accertamento legge 104 /92 in corso di validità
* Fotocopia del documento di riconoscimento e tessera sanitaria del richiedente e del beneficiario;

Data

Firma

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

Autorizzo il trattamento dei dati personali sopra indicati e dei dati sensibili contenuti nella documentazione allegata alla presente ai sensi del Decreto Legislativo 30.06.2003 n.196.

Firma

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