



AL **COMUNE DI PALERMO**
AREA DELLA CITTADINANZA SOCIALE
SETTORE SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI
U.O. INTERVENTI PER DISABILI E SOGGETTI AFFETTI DA PATOLOGIE
CRONICHE E PREVENZIONE DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE

VIA F. TAORMINA,1 –
TEL. 0917409477 - FAX 0917409464
E-MAIL: ufficioh@comune.palermo.it.

OGGETTO: richiesta fruizione servizio trasporto disabili per lo svolgimento di prestazioni riabilitative in regime semiresidenziale.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____
a _____ il _____ e residente a Palermo in
Via/Piazza _____ n° _____
in qualità di _____ del/della Sig./ra Minore _____
recapito telefonico _____ e-mail _____ Circoscrizione _____
Zona _____.

con riferimento all'avviso pubblico di questo Comune

CHIEDE

la fruizione del servizio trasporto disabili, mediante voucher (buoni servizio) spendibili presso l'Ente accreditato per :

per l'accompagnamento a/r presso il centro di riabilitazione convenzionato per lo svolgimento di prestazioni riabilitative in regime semiresidenziale _____ sito in Via _____ n° _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dell'art.76 del D.P.R.445 del 28/12/2000, ai fini dell'ottenimento/mantenimento del contributo trasporto,

DICHIARA

- di essere residente a Palermo, in _____ n° _____
- di essere domiciliato ai fini dell'erogazione del servizio presso _____
Via _____ n° _____.
- di essere a conoscenza dell'obbligo di segnalare tempestivamente **all'U.O. Interventi per Disabili e Soggetti Affetti da Patologie Croniche e Prevenzione delle Dipendenze Patologiche** il verificarsi di fatti che comportino il mutamento della situazione preesistente.
- di essere a conoscenza di dovere eventualmente integrare la presente entro 10gg. dalla ricezione del relativo invito, pena l'improcedibilità della stessa.
- di essere a conoscenza che il venir meno dei requisiti di legittimazione previsti comporta la decadenza del beneficio accordato.
- di essere a conoscenza che la mancata disponibilità della risorsa finanziaria assegnata per tale servizio non vincola l'Amministrazione Comunale.
- di non avere presentato analoga richiesta o ricevuto alcun contributo per lo stesso servizio da altri Enti pubblici o privati nel medesimo periodo di riferimento

ALLEGA

- A) Copia del verbale rilasciato ai sensi della legge 104/92;
- B) Autorizzazione rilasciata dall'ASP, indicante il Centro di riabilitazione presso il quale saranno effettuate le prestazioni riabilitative in regime semiresidenziale.
- C) Copia di eventuale tutela/curatela/amministrazione di sostegno;
- D) Fotocopia del documento di riconoscimento del disabile o del rappresentante legale dello stesso.

Informativa art. 13 D.Lgs n°196/03: I dati personali vengono raccolti per lo svolgimento delle funzioni istituzionali dell'amministrazione comunale, i dati vengono trattati in modo lecito e corretto e per un tempo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali sono raccolti e trattati: devono essere esatti, pertinenti e non eccedenti rispetto alle finalità per le quali sono raccolti e trattati. Al Trattamento dei dati possono attendere anche soggetti esterni, pubblici o privati con i quali il Comune ha un rapporto di collaborazione

Palermo, lì _____

FIRMA

(del disabile o di chi lo rappresenta legalmente)
