

Al Comune di _____
Distretto Socio Sanitario n. 47

OGGETTO: ISTANZA DI PARTECIPAZIONE PER L'EROGAZIONE DI UN SOSTEGNO ECONOMICO DENOMINATO "TRASPORTO SOCIALE"

Io sottoscritt_ cognome _____ nome _____
Nat_ a _____ prov. _____ il _____
Residente in Augusta, via _____ n. _____
Codice Fiscale _____ telefono _____
Indirizzo e-mail _____

in qualità di genitore/tutore/amministratore di sostegno/curatore di (SOLO SE L'UTENTE MINORENNE O IMPOSSIBILITATO A PROVVEDERE AI PROPRI INTERESSI)

cognome _____ nome _____
nat_a _____ prov. _____ il _____

trovandosi in una delle seguenti condizioni (barrare con una X):

- essere minore di anni 18 con invalidità al 100% e/o diritto di accompagnamento;
- essere disabile maggiorenne con invalidità al 100% e/o diritto all'accompagnamento;
- essere nella condizione per la quale è stata riconosciuta la disabilità di cui all'art.3 comma 3 legge n.104/1992;
- essere un paziente oncologico;

CHIEDE

L'erogazione del sostegno economico denominato "TRASPORTO SOCIALE" da rimborsare mediante accredito sul CONTO CORRENTE BANCARIO:

Denominazione Istituto Bancario: _____

IBAN

I	T				
---	---	--	--	--	--

 ABI

--	--	--	--	--	--

 CAB

--	--	--	--	--	--

 C/C

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

A tal fine, sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e consapevole altresì che l'accertata non veridicità della dichiarazione comporta il divieto di accesso a contributi, finanziamenti e agevolazioni per un periodo di due anni decorrenti dall'adozione del provvedimento di decadenza art. 75 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

DICHIARA

- ✓ Di aver preso visione dell'Avviso Pubblico;
- ✓ Di **NON** usufruire di ulteriori servizi di trasporto già finanziati o rimborsi per il servizio in oggetto;
- ✓ Di allegare la seguente documentazione:
 - ✓ fotocopia della carta d'identità e del codice fiscale del soggetto disabile o del richiedente il beneficio (solo se tutore e/o genitore in caso di minorenni);
 - ✓ copia del modello ISEE in corso di validità;
 - ✓ attestazione di invalidità al 100% e/o verbale di accompagnamento o verbale di disabilità legge 104/92 art.3 co. 3 o certificato attestante la cura oncologica;
 - ✓ attestazione delle presenze rilasciata dal centro/struttura relativa al periodo 01/01/2025 - 30/06/2025 (Mod.1);
 - ✓ Dichiarazione sostitutiva di certificazione (art. 46 del D.P.R. 445/2000) della struttura o centro riabilitativo dove si attesta che il servizio di trasporto è esclusivamente a carico dell'utente e che lo stesso centro non percepisce alcun corrispettivo per il trasporto (Mod.2);
 - ✓ Fotocopia dell'IBAN relativo al conto corrente bancario personale se il richiedente è anche beneficiario del contributo o, in alternativa, cointestato con l'utente se il richiedente è diverso dal beneficiario del contributo o, ancora, intestato al genitore che presenta la domanda (in caso di beneficiari minorenni), eventualmente intestato al care-giver che presenta la domanda se in possesso di decreto di amministratore di sostegno, curatore, tutore.

Il sottoscritto, inoltre, si impegna a presentare l'istanza, secondo le modalità stabilite dall'avviso, **entro e non oltre 20 ottobre 2025** consapevole che tutte le richieste presentate successivamente a tale data non saranno prese in considerazione.

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

I dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici al fine dell'istruttoria relativa al procedimento in questione. Per poter compiere il procedimento è indispensabile comunicare i dati previsti nel modulo di domanda; in caso di rifiuto il procedimento non potrà essere avviato. I dati personali raccolti saranno trattati dai soggetti autorizzati e potranno essere comunicati a terzi nei casi previsti dalla Legge; essi non saranno trasferiti in Paesi terzi. L'interessato ha il diritto di esercitare tutti i diritti riconosciutigli dal capo III del Regolamento UE 2016/679, con l'eccezione dei diritti alla cancellazione e alla portabilità, egli ha il diritto di proporre reclamo all'autorità di controllo se ritenga che il trattamento che lo riguarda violi il citato Regolamento. I dati saranno conservati presso l'archivio comunale che raccoglie e conserva sistematicamente tutti i dati, ai sensi della normativa vigente, ai fini di archiviazione nel pubblico interesse. Titolare del trattamento è il Distretto Socio Sanitario n. 47; autorizzato al trattamento è il personale assegnato alle Politiche Sociali dei Comuni di Augusta e di Melilli, nonché gli altri dipendenti comunali, nei limiti delle specifiche competenze assegnate a ciascuno.

 sottoscritt_ (segnare con una X l'opzione scelta)

- NON ACCONSENTE al trattamento dei dati personali.
- ACCONSENTE al trattamento dei dati personali.

Luogo e data _____

Il Dichiarante
