



COMUNE DI TRAPPETO

CITTA' METROPOLITANA DI PALERMO

SETTORE AFFARI GENERALI

AVVISO PUBBLICO

RIMBORSO DELLE SPESE DI VIAGGIO PER IL RAGGIUNGIMENTO DEI CENTRI RIABILITATIVI FUORI DAL TERRITORIO COMUNALE (ANNO 2025)

L'Amministrazione Comunale con il presente avviso intende, al fine di superare le difficoltà derivanti dagli scarsi collegamenti pubblici e dalla mancanza di un servizio apposito, alleviare economicamente l'onere che grava sulle famiglie quando accompagnano o fanno accompagnare i loro congiunti presso i centri di riabilitazione.

Destinatari del contributo e requisiti.

L'intervento è rivolto ai soggetti portatori di handicap grave ai sensi della legge 104/92 art. 3, comma 3, che effettuino cure riabilitative presso centri terapeutici specializzati.

Erogazione del contributo

L'intervento economico consiste nel rimborso delle spese di carburante per l'uso della auto privata, pari ad **1/5 del costo medio del carburante per ogni chilometro effettuato**, sulla base dei prezzi medi dei carburanti e combustibili riferiti al periodo di competenza. Si corrisponderanno pertanto le corse chilometriche di andata e ritorno svolte dal **01/01/2025 al 31/12/2025** presso i Centri di Riabilitazione Pubblici e/o Convenzionati. Il contributo verrà erogato fino ad esaurimento dei fondi previsti nel Bilancio comunale 2025; qualora i fondi risultassero insufficienti a coprire il fabbisogno, gli stessi saranno ridotti proporzionalmente.

Modalità di presentazione delle istanze

Potrà presentare istanza di rimborso per le spese di carburante sostenute nel periodo compreso tra il **01/01/2025 e 31/12/2025** un solo richiedente per ciascun beneficiario. L'istanza (Allegato 1) dovrà essere presentata al Comune di Trappeto corredata dalla seguente documentazione:

- certificazione attestante la sussistenza dell'handicap grave ai sensi dell'art. 3 – comma 3 legge 104/92;
- prescrizione del programma di attività riabilitativa o di cura effettuata da medici specialistici dell'ASP di competenza (sono escluse le prescrizioni del medico di base o privato);
- Attestazione rilasciata dal Centro di Riabilitazione attestante lo svolgimento delle terapie previste, il numero di sedute svolte;
- fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità del soggetto richiedente e della persona con disabilità, ai sensi dell'art 38 del D.P.R. 445/2000;

Verifiche e controlli

Al fine di accertare la veridicità delle informazioni fornite, il Comune si riserva di effettuare controlli a campione sulle dichiarazioni rese dai richiedenti in oggetto con autocertificazione ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR del 28 dicembre 2000 n. 445 e ss.mm.e ii.

Informazioni e recapiti

Per eventuali ulteriori informazioni è possibile inoltrare E-mail al seguente indirizzo di posta elettronica: servsociale@comune.trappeto.pa.it e presso l'ufficio servizi sociali o al numero 0918788341 interno 5-1.

Il Responsabile del settore
Affari Generali
Dott. Salvatore Romano *



Il Sindaco
Santo Cosentino *

* firma autografa sostitutiva a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3 del D.L.vo 39/93



COMUNE DI TRAPPETO

CITTA' METROPOLITANA DI PALERMO

SETTORE AFFARI GENERALI

Spett. le **COMUNE DI** _____

Ufficio Servizi Sociali

Oggetto: RIMBORSO DELLE SPESE DI VIAGGIO PER IL RAGGIUNGIMENTO DEI CENTRI RIABILITATIVI FUORI DAL TERRITORIO COMUNALE - ANNO 2025

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____

(prov. _____) e residente nel Comune di _____

in via _____ n. _____ CAP _____

codice fiscale _____

Tel. _____ indirizzo mail _____

nella qualità di _____ (genitore/familiare/esercente responsabilità genitoriale, amministratore di sostegno – *da compilare solo in caso in cui il richiedente sia diverso dalla persona con disabilità*)

CHIEDE

Il rimborso delle spese di carburante per l'uso dell'auto privata pari a 1/5 del costo del carburante per ogni kilometro effettuato per il trasporto di _____

(Nome e Cognome della persona con disabilità),

CF _____,

presso il centro di riabilitazione _____, avente

sede in _____, Prov _____

Via _____, n. _____ per il periodo compreso tra il 01/01/2025 e il 31/12/2025.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46, 47 e 76 del D.P.R. 445/2000, consapevole della decadenza dai benefici conseguiti in seguito a dichiarazioni non veritiere e del fatto che gli atti falsi e le dichiarazioni mendaci sono punite dal Codice Penale e da Leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- i Km complessivi del tragitto dal proprio domicilio al Centro di riabilitazione (A/R) sono: _____ determinate dalle tabelle ACI;
- Il Centro di cui sopra è stato frequentato nell'anno 2025 nel periodo dal 01/01/2025 al _____ per un totale di n. _____ sedute (tragitti di A/R);
- che il Sig./Sig.ra _____ (Nome e Cognome della persona con disabilità) è in possesso di (barrare una delle due opzioni):
 - certificazione attestante la sussistenza dell'handicap grave ai sensi dell'art. 3 – comma 3 legge 104/92;
- il centro di riabilitazione in questione è convenzionato con il SSN e non provvede al servizio di trasporto con mezzi propri;
- di essere impossibilitato ad utilizzare un mezzo pubblico di trasporto per il raggiungimento del centro di riabilitazione in questione;
- che quanto autocertificato nella presente istanza è vero e documentabile su richiesta delle Amministrazioni competenti;
- **di essere informato che saranno eseguiti controlli** per accertare la veridicità di quanto dichiarato nel presente Avviso e di essere consapevole delle responsabilità penali conseguenti alla resa di dichiarazioni mendaci;
- **di essere a conoscenza** che la presentazione della domanda comporta l'accettazione di tutte le disposizioni contenute nell'avviso in questione;
- **di essere a conoscenza e di accettare** che il rimborso potrà essere effettuato nei limiti delle risorse disponibili, senza nulla a pretendere in caso di indisponibilità finanziaria.

L'accredito del suddetto rimborso dovrà avvenire sul conto corrente intestato a _____, avente le seguenti coordinate bancarie:

CODICE IBAN (codice composto da 27 caratteri alfanumerici):

Paese	Check	CIN	ABI	CA	B	NUMERO CONTO

Si allegano:

- copia documento d'identità in corso di validità del richiedente;
- copia documento d'identità in corso di validità della persona con disabilità;
- certificazione attestante la sussistenza dell'handicap grave ai sensi dell'art. 3 – comma 3 legge 104/92, oppure
 - o certificazione attestante la condizione di disabilità transitoria e non certificata ai sensi della legge 104/92 art. 3 – comma 3, ma che necessita di terapie specifiche rilasciate dal medico di base;
- prescrizione del programma di attività riabilitativa o di cura effettuata da medici specialistici dell'ASP di competenza (sono escluse le prescrizioni del medico di base o privato);
- Attestazione di frequenza rilasciata dal Centro di Riabilitazione, con indicazione del nome e cognome dell'utente, attestante lo svolgimento delle terapie previste, il numero di sedute svolte nel periodo dall' 01/01/2025 e fino al 31/12/2025;

Nel rispetto della normativa sulla protezione dei dati personali e del principio della minimizzazione dei dati, ogni istanza sarà identificabile dal numero di protocollo del Comune.

Sarà cura del richiedente prestare la massima attenzione ad acquisire e conservare accuratamente il numero di protocollo di presentazione dell'istanza al fine di poter verificare l'ammissibilità al beneficio.

Luogo, data _____

Firma _____ del _____ genitore/familiare/esercente _____ responsabilità _____ genitoriale
Dichiarante _____

**CONSENSO GENERALE AL TRATTAMENTO
DEI DATI PERSONALI REGOLAMENTO (UE) 2016/679**

Il/La sottoscritto/a _____ autorizza al trattamento dei dati personali, ai sensi e per gli effetti di cui all'artt. 13 e 14, del Regolamento UE 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, per i fini legati all'istruttoria e alla relativa liquidazione, qualora risultasse beneficiario/a, del contributo economico *una tantum* a copertura di parte delle spese di carburante sostenute per l'uso dell'auto privata per il *raggiungimento di centri riabilitativi per il proprio familiare*

Luogo, data _____

Firma del genitore/familiare/esercente responsabilità genitoriale

Dichiarante