



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