

**Amministrazione destinataria**

Comune di Monte di Procida

Ufficio destinatarioServizi Sociali, Politiche giovanili e
Associazionismo

Domanda di erogazione del contributo trasporto disabili presso i centri di riabilitazione

Il sottoscritto

| | | | | | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------------|----------------------|-------------------------------|----------------------|--------------------------|----------------------|
| Cognome | | Nome | | Codice Fiscale | | | | | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | | | | |
| Data di nascita | Sesso | Luogo di nascita | Cittadinanza | | | | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | | | | |
| Residenza | | | | | | | | | |
| Provincia | Comune | Indirizzo | Civico | Barrato | Interno | Scala | Piano | SNC | CAP |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Telefono cellulare | | Telefono fisso | | Posta elettronica ordinaria | | Posta elettronica certificata | | | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | | |

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento*(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)*

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

CHIEDE

l'erogazione del contributo per le spese di trasporto del seguente invalido

| | | | | | |
|---------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--|
| Cognome | | Nome | | Codice Fiscale | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |
| Data di nascita | Sesso | Luogo di nascita | Cittadinanza | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |
| Presso il seguente centro | | | | | |
| Nome istituto | | | Indirizzo | | |
| <input type="text"/> | | | <input type="text"/> | | |

con il seguente veicolo

| | | | |
|---|----------------------|----------------------|----------------------|
| Marchio | Anno | Modello | Cilindrata |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Tipologia di alimentazione | | | |
| <input type="radio"/> benzina <input type="radio"/> gasolio <input type="radio"/> gpl <input type="radio"/> metano | | | |

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- copia dell'attestazione ISEE
- copia del certificato medico in carta libera attestante le condizioni di disabilità
- attestazione presenze presso il centro riabilitativo
- copia del documento di identità
(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)

altri allegati

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Monte di Procida

Luogo

Data

il dichiarante