



ANGRI



CORBARA



SANT'EGIDIO DEL
MONTE ALBINO



SCAFATI

AMBITO TERRITORIALE S01_2
COMUNE CAPOFILIA SCAFATI

Modello n. 2

Oggetto: Richiesta contributo economico - Servizio di Trasporto sociale.

I Sottoscritt _____
nat_ a _____, il _____ e residente in _____
alla via _____ n. _____, tel _____

CHIEDE

- ☐ Per se stesso;
- ☐ in qualità di genitore di Genitore/ Tutore di
nato a _____ il _____.

l'erogazione del contributo inerente il servizio di trasporto sociale, così come previsto dal regolamento d'ambito approvato con verbale di Coordinamento Istituzionale n.1 del 03.02.2022.

A tal fine dichiara, ai sensi del DPR 445/2000, che l'utente interessato è in possesso dei seguenti requisiti:

- ☐ utenti minori di anni 18 con invalidità al 100% e/o diritto di accompagnamento;
- ☐ utenti disabili maggiorenni con invalidità al 100% e/o diritto all'accompagnamento;
- ☐ utenti ai quali è stata riconosciuta disabilità di cui all'art.3 comma 3 legge n.104;
(barrare l'opzione interessata)
- è consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, informazioni o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000;
- è residente nel Comune di _____;
- frequenta la struttura _____, sita in _____;
- Che per il trasporto di cui trattasi percorre il seguente tratto:
 - ☐ All'interno del proprio comune di residenza;
 - ☐ All'interno di uno dei comuni afferenti all'ambito S01_2;
 - ☐ Da 0 a 5 Km al di fuori dell'Ambito S01_2;
 - ☐ Da 6 a 10 Km al di fuori dell'Ambito S01_2;
 - ☐ Da 11 e oltre al di fuori dell'Ambito S01_2;
 (barrare l'opzione interessata)

- Il contributo è richiesto per il periodo di seguito indicato:
 - **Gennaio/Giugno - anno _____;**
 - **Luglio/Dicembre – anno _____;**

(barrare l'opzione interessata)

Ai fini del riconoscimento del contributo si allegano i seguenti documenti:

- A. Copia del documento di riconoscimento in corso di validità e della tessera sanitaria del richiedente e dell'utente per il quale si richiede il contributo;
- B. Copia attestazione ISEE in corso di validità;
- C. Certificato di frequenza del centro regolarmente vidimato e dal quale si evincono il numero di presenze per ogni mese di frequenza;
- D. Verbal di invalidità civile accertante i requisiti e/o verbale Legge 104/92 art.3 comma 3 rilasciato dalle Autorità competenti;
- E. Copia Iban con l'indicazione dell'Intestatario per l'accredito del contributo.

Lì _____

Firma