

Al Signor Sindaco del Comune di  
**GIARRE**

**RICHIESTA CONTRIBUTO PER SPESE DI TRASPORTO IN CENTRI SOCIO-RIEDUCATIVI DI RIABILITAZIONE. SANITARIA E IN STRUTTURE SANITARIE. ANNO 2025 .**

Il/la sottoscritto/a..... nato/a a..... il ..... e residente a

Giarre in Via.....n.....

Codice Fiscale .....

Telefono/Cell.....\_

in qualità di genitore/tutore della Persona minore portatore di handicap ai sensi dell'art.3, della L104/92

---

**CHIEDE**

che gli/le sia concesso un contributo per spese di trasporto in centri socio-rieducativi e/o di riabilitazione sanitaria per effettuare terapie salvavita.

ALLEGA alla presente domanda:

Certificazione attestante la sussistenza dell'handicap ai sensi dell'art. 3, della L. 104/1992 o nelle more del rilascio della stessa, copia della domanda presentata all'INPS o certificazione provvisoria;

Impegnativa dell'A.S.P. autorizzativa del numero di sedute, relativa alla tipologia delle terapie da effettuare;

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà attestante:

- L'impossibilità all'uso del trasporto pubblico;
- La non fruizione a titolo gratuito del servizio di trasporto da parte del Centro Soc10-Rieducativo o di Riabilitazione, di Enti organizzazioni ecc., mezzi Pubblici e privati;
- Di non aver presentato analoga richiesta o ricevuto alcun contributo allo stesso titolo da parte di Enti Pubblici o Privati per l'anno in cui si chiede il contributo;

Certificazione, con cadenza mensile, rilasciato dal Centro Rieducativo o dalla Struttura Sanitaria relativa ai giorni di effettiva presenza;

Fotocopia documento d'identità del richiedente e del beneficiario;

Fotocopia Codice fiscale del richiedente e del beneficiario;

Codice IBAN ..... ( con fotocopia)

ALTRO .....

Giarre!ì.....

**FIRMA** .....