**Al Distretto Socio Sanitario n. 27**

**Ufficio Piano**

**Comune di Milazzo - Capofila**

**Per il tramite del Comune di**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| OGGETTO: Richiesta Buoni Viaggio | |  |  |  |  |
| Il/La sottoscritto/a |  | nato/a a |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Prov. il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_ Prov.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

telefono cell. E MA1L\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CHIEDE

in attuazione alla deliberazione del Comitato dei Sindaci n.1 del 12/04/2021, la concessione "buoni viaggio” per il rimborso delle spese di trasporto:

* Per sé stesso
* Per il/la sig. / sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a Prov. il

residente in via/piazza n. Comune di

CAP Telefono cell. cod. fisc\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * in trattamento riabilitavo ambulatoriale presso il Centro di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   per n. giorni a settimana.   * in trattamento chemioterapico presso l'Ospedale di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ trattamento * Ttratrattamento mr\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ trattamento mensile per   (specificare) per n. |  |  |
| giorni al mese |  |

per n. giorni al mese.

Si allega:

* Certificazione attestante la tipologia e il grado dell'handicap, rilasciata dalla competente Commissione Sanitaria dell'ASP ai sensi della L. 104/92;
* Per i soggetti in attesa di riconoscimento dì certificazione medica attestante la sussistenza dell’handicap, certificazione comprovante la compromissione dello stato di salute;
* Dichiarazione di non fruizionc a titolo gratuito del servizio di trasporto da parte di Enti sia pubblici che privati, nonché di non aver presentato analoga richiesta ne ricevuto alcun contributo a medesimo titolo da parte di Enti pubblici o privati per lo stesso periodo;
* Prescrizione del programma di attività riabilitativa effettuata dal medico competente;
* Attestazione rilasciata dal centro di Riabilitazione e/o struttura ospedaliera con indicazioni delle date e

del numero di trattamenti effettuati mensilmente, **da produrre entro giorni 7 del mese successivo**;

* Codice fiscale;
* Fotocopia documento di identità in corso di validità del sogzetio richiedente ai sensi dell'art. 38 del

D.P.R: n.445/2000.

* Attestazione ISEE in corso di validità;
* Codice Iban conto corrente postale e/o bancario. Firma

L'Ente utilizzerà i dati forniti esclusivamente per il procedimento amministrativo in corso. L'interessatola potrà accedere ai dati personali chiedendone la correzione, l'integrazione e ricorrendone gli estremi, la cancellazione o il blocco. (Legge 675/96 e s.m.i). L'Ente effettuerà controlli anche a campione sulle veridicità delle dichiarazioni sostitutive (art. 71 e 72 del Testo Unico sulla documentazione amministrativa D.P.R. 4,1512000).

Data ­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma