

Al Signor SINDACO del Comune di FIUMEFREDDO DI SICILIA
e al Responsabile del 4° Servizio

Il/La sottoscritt _____ nat _ a _____
il _____ residente in Fiumefreddo di Sic. in Via _____
dal _____ Codice fiscale _____
documento di identità n. _____ domiciliato in Via _____
Tel. _____ genitore di _____ portatore di
handicap certificato ai sensi dell'art. 3 della L. 104/92, ai sensi della L.R. n. 68/81, n. 16/86 e n.
22/86

CHIEDE

Un contributo economico a titolo di rimborso per le spese di trasporto che dovrà sostenere nell'anno _____ per accompagnare il figlio / per recarsi presso il centro di riabilitazione _____ ed effettuare la terapia prescritta dall'A.S.P.

Allega alla presente la seguente documentazione:

- Autocertificazione della composizione del nucleo familiare resa ai sensi del D.P.R. 445/2000;
- Certificazione sanitaria dell'ASP di richiesta della prestazione (in caso di frequenza di un centro educativo/riabilitativo);
- Attestato di iscrizione e frequenza (del centro di riabilitazione dell'ASP o convenzionato con il SSN);
- Certificazione relativa al possesso dei requisiti di cui all'art. 3 della legge 104/92;
- Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità e copia del codice fiscale.

Il Sottoscritto _____ ai sensi degli artt.46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, recante il testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa, è consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del Codice Penale e delle Leggi Speciali in materia (art. 76 D.P.R. 445/2000).
Dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della Legge 675/96 che i dati personali raccolti saranno trattati anche con sistemi informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Fiumefreddo di Sicilia, _____

Firma del richiedente

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(ART. 46 D.P.R. n.445/2000)

Il / La sottoscritt _____
nat_____ a _____ il _____
residente nel Comune di Fiumefreddo di Sicilia (CT) in Via/Piazza _____
_____ n. _____, è consapevole che in caso di
dichiarazioni mendaci sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76
del succitato D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non
veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al
provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R.
445/2000).

E' informato ed autorizza la raccolta dei dati per l'emanazione del provvedimento amministrativo ai
sensi dell'art. 13 del D. L.gsl 196/2003 e

DICHIARA

di essere nato/a a _____ il _____
di essere residente nel Comune di Fiumefreddo di Sicilia in Via _____
_____ n. _____

che la famiglia anagrafica convivente è composta come risulta dal seguente prospetto:

n.	COGNOME E NOME	LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA	RAPP. PARENTELA
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

Fiumefreddo di Sicilia, _____

La /Il Dichiarante

La presente dichiarazione ha validità per 6 mesi (art.41 D.P.R. 445/2000);

se i documenti che sostituisce hanno validità maggiore ha la stessa validità di essi.

Tale dichiarazione può essere trasmessa via fax o con strumenti telematici (art. 38 D.P.R. 445/2000)

La mancata accettazione della presente dichiarazione costituisce violazione dei doveri d'ufficio (art. 74 comma 1 D.P.R. 445/2000).

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 445/2000.