

ALLEGATO A

OGGETTO: Domanda di ammissione al contributo economico finalizzato al rimborso delle spese di trasporto sostenute per il raggiungimento delle strutture riabilitative accreditate con il Servizio Sanitario Nazionale – Annualità 2026

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ Codice Fiscale _____
residente nel Comune di _____ Via _____ n. _____
CAP _____ telefono _____ e-mail _____
PEC _____

in qualità di:

- ☐ Beneficiario
☐ Genitore
☐ Tutore
☐ Amministratore di sostegno
☐ Curatore

del Sig./Sig.ra _____ nato/a il _____
Codice Fiscale _____

CHIEDE

di essere ammesso/a al contributo economico previsto dall'Avviso Pubblico dell'Ambito Territoriale Sociale S8 per il rimborso delle spese di trasporto sostenute per il raggiungimento della struttura riabilitativa.

DICHIARA

ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000

- ☐ di essere residente in uno dei Comuni dell'Ambito Territoriale Sociale S8;
☐ che il beneficiario frequenta la seguente struttura riabilitativa:

ubicata nel Comune di _____;

- ☐ che la struttura è accreditata con il Servizio Sanitario Nazionale;
☐ che il beneficiario è in possesso della certificazione prevista dall'Avviso Pubblico;
☐ che le dichiarazioni rese sono veritiere;
☐ di essere consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000;
☐ di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione.

MODALITÀ DI PAGAMENTO

Il contributo dovrà essere accreditato sul seguente conto corrente:

IBAN

Intestato a _____

Banca _____

Poste _____

DOCUMENTI ALLEGATI

- ☐ Documento di identità
- ☐ Codice fiscale
- ☐ Certificazione attestante la disabilità
- ☐ Attestazione della struttura riabilitativa
- ☐ Attestazione ISEE (ove richiesta)
- ☐ Certificazione IBAN
- ☐ Altro

Luogo e data _____

Firma

ALLEGATO B

INFORMATIVA PRIVACY

Informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR)

L'Ambito Territoriale Sociale S8 informa che i dati personali conferiti saranno trattati esclusivamente per le finalità connesse alla gestione del procedimento amministrativo relativo al presente Avviso Pubblico.

Il trattamento avverrà nel rispetto dei principi di liceità, correttezza, trasparenza, minimizzazione e riservatezza.

Il conferimento dei dati è obbligatorio ai fini dell'istruttoria della domanda.

Il Titolare del trattamento è il Comune Capofila dell'Ambito Territoriale Sociale S8.

L'interessato potrà esercitare i diritti previsti dagli articoli 15-22 del Regolamento UE 2016/679.

ALLEGATO C

ALL' ELENCO DELLA DOCUMENTAZIONE OBBLIGATORIA

Il richiedente dovrà allegare:

1. Documento di identità in corso di validità;
2. Codice fiscale;
3. Certificazione attestante la condizione di disabilità prevista dall'Avviso;
4. Attestazione della struttura riabilitativa contenente i giorni di frequenza riferiti al periodo oggetto del contributo;
5. Attestazione ISEE in corso di validità (ove richiesta);
6. Certificazione bancaria o postale riportante l'IBAN intestato o cointestato al beneficiario;
7. Eventuale provvedimento di nomina del tutore, curatore o amministratore di sostegno;
8. Ogni ulteriore documento richiesto dall'Ufficio di Piano.

ALLEGATO D

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che:

- le dichiarazioni mendaci comportano la decadenza dal beneficio;
- l'Amministrazione effettuerà controlli ai sensi degli artt. 71 e seguenti del D.P.R. n. 445/2000;
- le somme indebitamente percepite dovranno essere restituite;
- il contributo potrà essere revocato qualora vengano meno i requisiti previsti dall'Avviso.

Luogo e data _____

Firma