

MODELLO RICHIESTA DI CONTRIBUTO ECONOMICO SERVIZIO DI TRASPORTO
AREA DISABILI

*Al Coordinatore dell'Ufficio
del Piano di Zona
Ambito S8*

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ via _____
C.F. _____ Cittadinanza _____
Tel. _____ E-mail _____

CHIEDE

un contributo economico per il servizio di trasporto presso i centri di riabilitazione - Area Disabili.

per se stesso

O nella qualità di figlio/a , tutore, curatore, altro (specificare) _____
per conto del/della Sig./Sig.ra _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ via _____
C.F. _____ Cittadinanza _____
Tel. _____ E-mail _____

A tal fine, consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità, ai sensi dell'art.76 D.P.R. 445/2000, nonché delle conseguenze previste dall'art. 75 D.P.R. 445/2000 relative alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera,

DICHIARA

1. Abitazione: fitto proprietà altro (specificare): _____
2. Auto: SI NO
3. Moto: SI NO
4. Di ricevere i seguenti benefici economici percepiti da Enti pubblici:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Indennità di frequenza | <input type="checkbox"/> Indennità di accompagnamento |
| <input type="checkbox"/> Pensione di invalidità | <input type="checkbox"/> Indennità di disoccupazione |
| <input type="checkbox"/> Reddito di cittadinanza | <input type="checkbox"/> Contributo economico "una tantum" |
| <input type="checkbox"/> Fitto | <input type="checkbox"/> Integrazione assegno familiare |
| <input type="checkbox"/> Altro (specificare): _____ | |

5. Di voler percepire il contributo economico sul Conto Corrente IBAN :

PAESE	CHEK	CIN	ABI	CAB	NUMERO CONTO

(si rammenta che il conto corrente su cui si dispone l'accredito deve essere intestato allo stesso soggetto firmatario dell'istanza e che non deve trattarsi di un libretto postale, identificabile con il CAB 03384)

Allega:

- Certificazione ISEE, in corso di validità;
- Certificazione L. 104/1992;
- Certificazione di frequenza del Centro di Riabilitazione con accessi settimanali;
- Copia del documento di riconoscimento firmato
- Altro _____

Luogo e data _____

Firma del richiedente /familiare/tutore /amministratore di sostegno

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI SENSIBILI

Informativa sull'uso dei dati personali ai sensi art. 13 Regolamento UE 2016/679 (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati)

Tutti i dati personali e sensibili comunicati dal soggetto Interessato, sono trattati dal Titolare del trattamento e sono improntati ai principi di correttezza, liceità, Trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti. E' nostra cura fornirle alcune informazioni relative al trattamento dei Suoi dati personali, nel contesto dei Procedimenti e dei Servizi svolti dal Titolare del Trattamento. Si rimanda all'informativa specifica sul trattamento dei dati personali appositamente predisposta ai sensi del Regolamento GDPR 679/2016/EU".

Si informa che i dati raccolti saranno trattati ai sensi della normativa vigente in tema di protezione dei dati personali. Il trattamento dei dati personali raccolti viene effettuato per finalità connesse all'esecuzione di compiti di interesse pubblico e per l'esercizio di pubblici poteri, nonché per adempiere ad eventuali obblighi di legge (ai sensi dell'art. 6 par. 1 del Regolamento 2016/679) nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Il sottoscritto **DICHIARA** di aver preso visione dell'Informativa sull'uso dei dati personali (Regolamento UE n. 2016/679) ed espressamente acconsente al trattamento dei dati personali, anche sensibili, nel rispetto delle prescrizioni di legge per le finalità inerenti all'espletamento del Servizio di cui al presente Avviso pubblico.

Luogo e data _____ Firma del dichiarante