

AL COMUNE DI ACQUEDOLCI
UFFICIO SERVIZI SOCIALI

OGGETTO: Richiesta rimborso spese di trasporto per frequenza centri riabilitativi I Semestre
II Semestre anno 2015 – Soggetti portatori di handicap Legge 104/92, Art 3, commi 1
e/o 3

IL sottoscritto _____ nato a _____
il _____ residente a _____ via _____
n. _____, codice fiscale _____ Telefono _____,
nella qualità di _____ del disabile _____,
nato a _____ il _____,

D I C H I A R A

- Che il Familiare sopra generalizzato è disabile ai sensi della Legge 104/92, Art. 3, commi 1 e/o 3 sottoposto a trattamenti riabilitativi, secondo il programma redatto dall'ASP;
- Che tale soggetto è residente nel Comune di Acquedolci e convive con lo scrivente;

C H I E D E

Di essere ammesso all'intervento assistenziale di cui all'oggetto

A L L E G A

- certificazione attestante la disabilità, ai sensi dell'art. 3, commi 1 e/o 3, della legge 104/92;
- programma di ciclo riabilitativo redatto dall'ASP relativo al I Semestre II Semestre anno 2015;
- certificazione rilasciata dal centro di cura e/o riabilitazione, attestante:
 - il numero delle sedute effettuate nel I Semestre 2015 ammontante a n. _____
 - il numero delle sedute effettuate nel II Semestre 2015 ammontante a n. _____
- Fotocopia documento di riconoscimento del richiedente, in corso di validità.

Data _____

IL RICHIEDENTE
