

**OGGETTO: RICHIESTA SERVIZIO TRASPORTO PER PERSONE CON DISABILITÀ AI
CENTRI OCCUPAZIONALI E/O RIABILITATIVI**

__L__ sottoscritt__¹_____ nat _____

Il __/__/____ e residente in _____ Via / P.zza _____ n.
_____ tel. _____

NELLA QUALITÀ DI:

- Familiare
 Altro (tutore, amministrativo di sostegno, etc.)

(i campi sopraindicati sono da compilare solo se il richiedente è differente dal potenziale fruitore del servizio)

Il/La Sig./Sig.ra _____

Nat__ a _____ il __/__/____ e residente in _____

Via/P.zza _____ n. _____ tel. _____

CHIEDE

Di poter usufruire del servizio “Trasporto per persone con disabilità ai centri occupazionali e/o riabilitativi”.

__I__ sottoscritt__ è consapevole che la presentazione dell’istanza non costituisce titolo o diritto all’erogazione di quanto richiesto.

A TAL FINE DICHIARA

- Di impegnarsi a comunicare entro 10 giorni ogni variazione dei requisiti che danno titolo al percepimento del presente servizio;
- Che le dichiarazioni riportate sono rese ai sensi del D.P.R. n° 445/2000;
- Di essere a conoscenza delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi dell’art. 76 del sopracitato D.P.R. 445/2000;
- Di autorizzare l’Azienda Speciale Messina Social City al trattamento dei dati personali e sensibili necessari per lo svolgimento del provvedimento ai sensi della L: 675/96 e ss.mm.ii. Autorizza altresì, ove necessario, l’informazione e l’eventuale coinvolgimento dei soggetti obbligati.

Allegati:

- Doc. di identità;
- Certificato attestante la disabilità;
- Certificato del centro di riferimento con indicazione dei giorni e degli orari della terapia.

Messina il _____

Firma
