

Al Signor Sindaco del Comune di Niscemi

SEDE

Il/La sottoscritto/a _____
_____ nato/a _____ (), il/_____/_____
_____ residente nel comune di Niscemi (CL), via _____
_____ n. _____ numero telefonico _____;
codice fiscale _____

CHIEDE

alla S.V. un contributo straordinario, per l'anno 2025, per spese di trasporto minori per cure specialistiche riabilitative presso:

- ☐ l'AIAS di Gela;
- ☐ il Centro Autismo di Gela;

in qualità di _____ (specificare parentela) del
minore _____, nato/a a _____ () il
____/____/_____, residente nel comune di _____, in via
_____ n. _____, numero telefonico _____;

A tal fine dichiara:

- Di possedere una certificazione ISEE, in corso di validità, di importo pari ad € _____;
- che il soggetto sottoposto a cure ha ottenuto dall'A.S.P., in data ____/____/_____, il riconoscimento dei benefici della Legge 104/92;

Allega alla presente:

- fotocopia, fronte-retro, di un documento di identità in corso di validità;
- verbale rilasciato dalla Commissione Medica per l'accertamento dell'handicap.
- Codice IBAN intestato o cointestato al richiedente.

Niscemi, _____

Firma del richiedente _____

Si autorizza il Servizio Sociale al trattamento dei dati rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura volta all'erogazione dei contributi per spese di trasporto minori per cure specialistiche e riabilitative, ai sensi del D. Lgs.n.196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive modifiche e integrazioni.

Niscemi, _____

Firma del richiedente _____