

Al Comune di Veglie  
Via Salice snc  
73010 – Veglie (LE)

c.a. Responsabile del Settore Affari Generali e Segreteria  
Politiche Sociali

**AVVISO PUBBLICO PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE PER IL RICONOSCIMENTO DEL CONTRIBUTO A TITOLO DI RIMBORSO DELLE SPESE DI TRASPORTO SOSTENUTE DALLE FAMIGLIE DI CITTADINI PORTATORI DI HANDICAP PRESSO STRUTTURE E CENTRI RIABILITATIVI PER L'ANNO 2025**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ (COGNOME) \_\_\_\_\_ (NOME) nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ residente in Veglie alla Via/P.zza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Indirizzo e-mail: \_\_\_\_\_

**EVENTUALE**

in qualità di \_\_\_\_\_ (GENITORE/TUTORE/ALTRO - *specificare*) del soggetto portatore di handicap ex art. 3 L. 104/1992 \_\_\_\_\_ (COGNOME) \_\_\_\_\_ (NOME) nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_,

**CHIEDE**

il rimborso delle spese sostenute nell'anno 2025 per il trasporto presso strutture e/o centri riabilitativi.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi degli artt. 46, 47 e 76 del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità,

**DICHIARA**

- Di aver preso visione dell'Avviso e di accettare tutte le previsioni in esso contenute;
- Che il sottoscritto/Sig./Sig.ra/minore \_\_\_\_\_ (COGNOME) \_\_\_\_\_ (NOME) è affetto da disabilità come definita all'art. 3 della L. 104/1992, e come attestato da certificazione allegata;

- Di aver frequentato nell'anno 2025 il centro/struttura riabilitativa \_\_\_\_\_(INDICARE NOME DELLA STRUTTURA/CENTRO ) con sede in \_\_\_\_\_ ( ) alla via \_\_\_\_\_;
- Di aver effettuato presso il centro/struttura sopra indicato/a nell'anno 2025 un numero di accessi pari a \_\_\_\_\_;
- Che la distanza kilomtrica tra la propria abitazione (o quella della persona disabile per la quale si effettua la domanda) e il Centro/struttura riabilitativa è pari a \_\_\_\_ km;
- Di aver utilizzato abitualmente per il trasporto presso il centro/struttura riabilitativo/a il mezzo \_\_\_\_\_ (INDICARE TIPOLOGIA) con targa \_\_\_\_\_(INDICARE NUMERO DI TARGA);
- Di non aver fruito a titolo gratuito del servizio di trasporto da parte di enti/associazioni di carattere pubblico o privato.

#### **CHIEDE**

che il contributo venga effettuato mediante accredito sul Conto Corrente bancario/postale n. \_\_\_\_\_ aperto presso la Filiale/Agenzia di \_\_\_\_\_ IBAN \_\_\_\_\_intestato

Al/alla sottoscritto/a;

*oppure*

A \_\_\_\_\_(COGNOME)\_\_\_\_\_ (NOME) in qualità di \_\_\_\_\_.

#### **SI IMPEGNA**

A comunicare tempestivamente ogni variazione intervenuta dopo la presentazione della domanda, sollevando l'Ente da ogni conseguenza derivante dal mancato aggiornamento delle informazioni contenute nella presente domanda.

Il sottoscritto, presa visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali presente sul sito web istituzionale e resa dal Comune di Veglie (Titolare del Trattamento), dichiara di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito della richiesta o del procedimento amministrativo per il quale il presente documento viene compilato. Il trattamento è necessario per adempiere ad un obbligo

legale al quale è soggetto il Comune, nonché per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico e/o per motivi di rilevante interesse pubblico. I dati potranno essere comunicati ad altri soggetti, pubblici o privati che per legge o regolamento sono tenuti a conoscerli o possono conoscerli e saranno trattati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa (nel rispetto del piano di conservazione e scarto dell'Ente). Il conferimento di tali dati è obbligatorio per dar corso alla richiesta o al procedimento di Suo interesse. Per esercitare i diritti di cui agli artt. 15-22 del Reg. UE 2016/679 contattare il Titolare o il suo Responsabile della Protezione dei Dati (privacy@liquidlaw.it). Per tutte le altre informazioni sul trattamento consultare la sezione privacy sul sito web istituzionale.

Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

**Si allegano:**

- 1) Copia del documento d'Identità in corso di validità del richiedente;  
*oppure*  
Copia del documento d'Identità in corso di validità del richiedente e del beneficiario delle prestazioni, se diverso dal richiedente (genitore, tutore, altro).
- 2) Certificazione attestante la sussistenza della disabilità ai sensi dell'art. 3 della Legge n. 104/1992.
- 3) Certificazione della struttura riabilitativa con documento ufficiale firmato dal Responsabile o Legale Rappresentante del centro che riporti:
  - a) Le date specifiche delle prestazioni;
  - b) L'orario di ingresso e di uscita del paziente dalla struttura;
  - c) Il computo totale dei giorni di accesso suddiviso per mensilità effettuati nell'anno 2025.