



COMUNE DI QUALIANO

Città Metropolitana di Napoli – Settore VI

Spett. le
COMUNE DI QUALIANO
Ufficio Servizi Sociali

CONTRIBUTO PER IL TRASPORTO SOCIALE VERSO I CENTRI DI RIABILITAZIONE - ANNO 2026

Il/La sottoscritto/a

Nome _____

Cognome _____

Nato/a a _____

il ____ / ____ / _____

Residente in Qualiano, Via/P. zza _____

Telefono _____

Codice fiscale _____

consapevole che, in caso di dichiarazioni mendaci, verranno applicate nei propri riguardi, ai sensi del D.P.R. 445/2000, le sanzioni previste dal vigente Codice Penale e dalle leggi speciali in materia di falsità negli atti;

con riguardo ai requisiti di cui all'avviso pubblico per l'erogazione dei contributi in intestazione.

CHIEDE

- ☐ In nome proprio.
- ☐ In qualità di amministratore di sostegno, e/o genitore, e/o tutore e/o curatore e/o altro, della persona con disabilità _____ nato a _____ (____) il _____ (C.F. _____)

in merito alla misura in oggetto, avendo preso visione dell'Avviso Pubblico, di essere ammesso al beneficio per la concessione di un contributo economico a parziale ristoro delle spese di trasporto



Città Metropolitana di Napoli – Settore VI

DICHIARA

- di essere persona con disabilità in possesso di certificazione attestante la disabilità ai sensi della L.104/92 art.3 comma 3.

- di essere _____ (genitore, tutore/curatore/amministratore di sostegno, altro) della persona con disabilità

_____ nato a _____ () il
_____, (C.F. _____), in possesso di
certificazione attestante la disabilità ai sensi della L.104/92 art.3 comma 3.

- che il servizio di trasporto è esclusivamente a carico dell'utente e che lo stesso centro non percepisce alcun corrispettivo per il trasporto.

CHIEDE

Che in caso di riconoscimento del beneficio, l'IBAN da utilizzare per l'accredito delle somme spettanti è il seguente:

[illegible]

Intestato a CF

In qualità* di _____.

* L' IBAN può essere intestato unicamente al Beneficiario, ai genitori, in caso di minore, al tutore/curatore/amministratore di sostegno, in caso di nomina del Tribunale.

* Non può essere utilizzato l'IBAN associato ad un libretto postale.

A tal fine allega, a pena inammissibilità, la seguente documentazione:



COMUNE DI QUALIANO

Città Metropolitana di Napoli – Settore VI

-
- copia dell'attestazione ISEE in corso di validità, di valore inferiore a € 10.000,00;
 - copia della certificazione attestante la condizione di disabilità ai sensi della Legge n. 104/1992, art. 3, comma 3;
 - attestazione rilasciata dal Centro di riabilitazione frequentato attestante che il servizio di trasporto è esclusivamente a carico dell'utente e che il Centro non percepisce alcun corrispettivo per il servizio di trasporto;
 - fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità e della tessera sanitaria della persona beneficiaria;
 - fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità della persona che sottoscrive l'istanza, qualora diversa dal beneficiario;
 - copia del decreto di nomina del tutore, curatore o amministratore di sostegno, ove previsto e necessario ai fini della presentazione dell'istanza;
 - fotocopia del codice IBAN intestato o cointestato al beneficiario o al soggetto avente titolo alla riscossione del contributo, secondo quanto indicato nel modello di domanda.

Informativa ex art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679

Gentile Utente, desideriamo informarLa che i Suoi dati saranno trattati dal personale autorizzato del Comune di Qualiano e da eventuali terzi nominati in qualità di Responsabili del trattamento, nel pieno rispetto dei principi fondamentali del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (RGPD), recante disposizioni per la tutela delle persone fisiche. In osservanza di tale Regolamento, il trattamento dei Suoi dati sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti e libertà fondamentali. In qualsiasi momento potrà esercitare tutti i suoi diritti scrivendo al Titolare del trattamento dei dati (Comune di Qualiano).

Luogo e data

Firma
