



Città di Oria

PROVINCIA di BRINDISI
SETTORE AFFARI GENERALI E SERVIZI ALLA PERSONA

Al Sig. Sindaco

Al Responsabile Affari Generali, Personale e Servizi Sociali

Dott.ssa Loredana D'Elia

Oria (Br)

OGGETTO: CONTRIBUTO TRASPORTO – CENTRI RIABILITATIVI – ANNO 2025 (COMPETENZA ANNO 2024)

Il sottoscritto _____ nato a _____ il ____/____/____

residente a _____ in via _____

n. _____ cf _____ tel _____ e-

mail _____ in qualità di genitore tutore parente affine del

minore _____ nato a _____

il _____ residente a _____ in via _____

n. _____ cf _____

CHIEDE

La concessione di un contributo, a titolo di rimborso spese di trasporto per la frequenza del Centro Riabilitativo

_____ sostenute nell'anno 2024;

DICHIARA

- di non fruire del servizio di trasporto da parte di Enti, associazioni o altro sia pubblici che privati, compreso quello collettivo messo a disposizione dal Comune di Oria;



Città di Oria

PROVINCIA di BRINDISI
SETTORE AFFARI GENERALI E SERVIZI ALLA PERSONA

- di non aver presentato analoga richiesta o ricevuto alcun contributo allo stesso titolo da parte di Enti pubblici o privati per l'anno in cui si chiede il contributo;
 - di non fruire di trasporto ordinario o speciale (Tessere gratuite di viaggio);
 - di essere in possesso di un ISEE inferiore a € 7.000,00;
-
- Di effettuare le cure riabilitative presso centri terapeutici specializzati siti entro un raggio di 200 Km dal Comune di Oria;
 - Di essere impossibilitato ad usufruire di altre modalità di trasporto, compreso il trasporto collettivo messo a disposizione dal Comune di Oria per la seguente motivazione:

Consapevole, secondo quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace, falsità negli atti ed uso di atti falsi, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000.

Alla presente si allega:

- Copia del certificato ai sensi della L. 104/92 attestante il grado dell'handicap, in corso di validità;
- Certificato di frequenza centro riabilitativo, in trattamento ambulatoriale – accessi anno 2024;
- Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità del richiedente;
- Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità, del fruitore del servizio;
- Carta di circolazione del mezzo di trasporto, di proprietà del richiedente;
- Fotocopia dell'attestazione ISEE, in corso di validità;



Città di Oria

PROVINCIA di BRINDISI
SETTORE AFFARI GENERALI E SERVIZI ALLA PERSONA

- Dichiarazione dell'impossibilità da parte dell'utente ad usufruire di altre modalità di trasporto, compreso il trasporto collettivo messo a disposizione dal comune di Oria.

Il sottoscritto/a dichiara, inoltre, di essere consapevole che la non rispondenza a verità di tutti i dati e dichiarazioni contenuti nella presente, comporta decadenza dei benefici ottenuti, salva l'eventuale responsabilità penale.

Il Titolare del Trattamento, Comune di Oria, la informa che il trattamento dei suoi dati personali è lecito ai sensi dell'art. 6 comma 1 lettere c) e d) del Reg. EU 679/2016, c.d. GDPR; inoltre potrà esercitare i diritti previsti dagli artt. 12-22 del Regolamento UE, rivolgendosi al Titolare del trattamento all'indirizzo PEC:

protocollo.comune.oria@pec.rupar.puglia.it e/o al Responsabile della Protezione dati all'indirizzo PEC:
vincenzo.tarantini@pec.it

Il sottoscritto/a chiede che ogni comunicazione che lo riguarda sia inviata al seguente indirizzo:

Tel _____

Oria, li ___/___/_____

Firma
