

Per il tramite del Comune di \_\_\_\_\_

**OGGETTO:** Richiesta Buoni Viaggio.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_  
Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente in via/piazza \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ E MAIL \_\_\_\_\_  
PEC \_\_\_\_\_

### CHIEDE

in attuazione alla deliberazione del Comitato dei Sindaci n.1 del 12/04/2021, la concessione "Buoni Viaggio" per il rimborso delle spese di trasporto:

- Per sé stesso

- Per il/la Sig. / Sig.ra: \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ e residente in  
via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_  
cap. \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ cod. fisc. \_\_\_\_\_

- in trattamento riabilitativo ambulatoriale presso il Centro di \_\_\_\_\_  
per n. \_\_\_\_\_ giorni ogni settimana
- in trattamento chemioterapico presso l'Ospedale di \_\_\_\_\_, trattamento simile  
(specificare) \_\_\_\_\_ per n. \_\_\_\_\_ giorni al mese

#### Si allega:

- Certificazione attestante la tipologia e il grado dell'handicap, rilasciata dalla competente Commissione Sanitaria dell'ASP ai sensi della L. 104/92;
- Per i soggetti in attesa di riconoscimento di certificazione medica attestante la sussistenza dell'handicap, certificazione comprovante la compromissione dello stato di salute;
- Dichiarazione di non fruizione a titolo gratuito del servizio di trasporto da parte di Enti sia pubblici che privati, nonché di non aver presentato analogha richiesta né ricevuto alcun contributo a medesimo titolo da parte di Enti pubblici o privati per lo stesso periodo;
- Prescrizione del programma di attività riabilitativa effettuata dal medico competente;
- Attestazione rilasciata dal centro di Riabilitazione e/o struttura ospedaliera con indicazione delle date e del numero di trattamenti effettuati;
- Codice fiscale;
- Fotocopia documento di identità in corso di validità del soggetto richiedente ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n.445/2000.
- Attestazione ISEE in corso di validità;
- Codice Iban conto corrente postale e/o bancario.

FIRMA

L'Ente utilizzerà i dati forniti esclusivamente per il procedimento amministrativo in corso. L'interessato/a potrà accedere ai dati personali chiedendone la correzione, l'integrazione e ricorrendone gli estremi, la cancellazione o il blocco. (Legge 675/96 e s.m.i.).

- L'Ente effettuerà controlli anche a campione sulle veridicità delle dichiarazioni sostitutive (art. 71 e 72 del Testo Unico sulla documentazione amministrativa D.P.R. 4/5/2000)

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_