**All’ Ufficio Servizi Sociali**

**Comune di San Michele Salentino**

**DOMANDA DI CONTRIBUTO PER SPESE DI TRASPORTO IN CENTRI SOCIO-EDUCATIVI DI RIABILITAZIONE SANITARIA E IN STRUTTURE SANITARIE. PERIODO GIUGNO - DICEMBRE 2023.**

Io Sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ residente a San Michele Salentino, in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale |\_\_\_|\_\_\_| \_\_\_|\_\_\_ |\_\_\_ |\_\_\_|\_\_\_ |\_\_\_ |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_ |\_\_\_ |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

Telefono/ Cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In qualità di genitore/tutore del minore portatore di handicap \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Visto l’”Avviso pubblico per la concessione del contributo per le spese di trasporto già sostenute per la riabilitazione presso strutture sanitarie o centri socio-educativi in favore di minori di anni 18 portatori di handicap (legge 104/1992) o in possesso di verbale di invalidità – periodo: giugno – dicembre 2023”,

**DICHIARA**

* l’impossibilità all’uso del trasporto pubblico,
* la non fruizione a titolo gratuito del servizio di trasporto da parte del Centro Socio-educativo o di Riabilitazione, di Enti sia Pubblici che Privati,
* di non aver presentato analoga richiesta o ricevuto alcun contributo allo stesso titolo da parte di Enti Pubblici o Privati relativamente al periodo in oggetto,

**C H I E D E**

che gli/le sia concesso un contributo per spese di trasporto in centri socio-rieducativi e/o di riabilitazione sanitaria per effettuare terapie salvavita.

A tal fine,

**ALLEGA**

alla presente domanda:

* Certificazione attestante la sussistenza dell’handicap ai sensi della L. 104/1992 o, nelle more del rilascio della stessa, copia della domanda presentata all’INPS e/o verbale di invalidità, rilasciato dalla Commissione Medica dell’ASL;
* Certificazione rilasciata dal Centro Socio-educativo riabilitativo relativa ai giorni di effettiva presenza;
* Fotocopia documento d’identità dell’istante;
* Codice IBAN.

San Michele Salentino, lì

**F I R MA**

**INFORMATIVA SULLA PRIVACY**

L’Amministrazione Comunale informa, ai sensi del Reg. UE n. 2016/679 e s.m.i., che:

1. il trattamento dei dati conferiti con dichiarazioni/richieste è finalizzato allo sviluppo del relativo procedimento amministrativo ed alle attività ad esso correlate;
2. il conferimento dei dati è obbligatorio per il corretto sviluppo dell’istruttoria e degli altri adempimenti;
3. il mancato conferimento di alcuni o tutti i dati richiesti comporta l’interruzione/l’annullamento dei procedimenti amministrativi;
4. in relazione al procedimento ed alle attività correlate, il Comune può comunicare i dati acquisiti con le dichiarazioni/richieste ad altri Enti competenti;
5. il dichiarante può esercitare i diritti di cui al Reg. UE n. 2016/679 e s.m.i., ovvero la modifica, l’aggiornamento e la cancellazione dei dati.

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Preso atto dell’informativa fornitami sulla protezione dei dati personali, ai sensi del Reg. UE n. 2016/679 e s.m.i., io sottoscritto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ACCONSENTO**

1. al trattamento di eventuali dati sensibili, necessari per l’istruzione del procedimento amministrativo alle attività correlate alla presente domanda;
2. al trasferimento dei miei dati personali e sensibili all’estero, ove ciò sia necessario all’istruzione, alla liquidazione del contributo ed alla gestione della presente domanda;
3. alla comunicazione dei miei dati personali e sensibili a soggetti che gestiscono servizi informatici di postalizzazione e di archiviazione ed al trattamento dei dati stessi da partesi tali soggetti, ove ciò sia necessario all’istruzione, alla liquidazione ed alla gestione della presente istanza;
4. alla comunicazione dei miei dati sensibili, per fini diversi da quelli connessi alla presente domanda, ad altri Enti o Amministrazioni pubbliche, ove ciò sia necessario per lo svolgimento delle rispettive funzioni istituzionali.

San Michele Salentino, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **FIRMA**