



CITTA' DI LICATA



COMUNE DI PALMA DI MONTECHIARO

### DISTRETTO SOCIO - SANITARIO D5

Al Distretto Socio Sanitario D5  
presso Comune di Licata  
presso Comune di Palma di Montechiaro

Oggetto: richiesta rimborso spese viaggi minori frequentanti i centri di cura e riabilitazione.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_,  
n. \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
nella qualità di \_\_\_\_\_ del soggetto portatore di handicap  
\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CHIEDE

il "rimborso spese viaggi minori frequentanti i centri di cura e riabilitazione", effettuate con mezzo proprio per il centro di cura e riabilitazione di \_\_\_\_\_.

A tal fine dichiara di aver preso visione dell'avviso pubblicato dal Distretto Socio Sanitario D5.

Allega la seguente documentazione:

- 1) certificazione attestante la sussistenza della disabilità grave Legge 104/92, art. 3 comma3;
- 2) piano terapeutico predisposto da parte dei servizi specialistici dell'ASP;
- 3) fotocopia del documento di riconoscimento del soggetto richiedente, in corso di validità.

Il/la sottoscritto/a, dichiara di essere informato/a, ai sensi del D.lgs 196/2003 e s.m.i., che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Licata li \_\_\_\_\_

Firma del richiedente \_\_\_\_\_