

**Oggetto:** Richiesta rimborso spese di trasporto dei soggetti in situazione di disabilità grave (art.3 c.3 L. 104/92). **Periodo da 01/01/2025 al 30/06/2025.**

Il/La sottoscritto/a.....nato/ a .....  
il.....residente a ..... prov.  
..... via.....  
n°..... codice fiscale ..... recapiti  
telefonici:.....

CHIEDE

☐ Per se stesso/a

Ovvero in qualità di:

☐ Genitore (esercitante la potestà)

Legale Rappresentante (così come previsto al Codice Civile allegando relativo decreto di nomina):

☐ Tutore

☐ Amministratore di Sostegno

☐ Curatore

☐ Altro.....

Per il/la Sig./ra (soggetto con disabilità) .....  
nat .... a ..... il.....  
residente a Piana degli Albanesi via .....n°.....  
codice fiscale.....  
recapiti telefonici:.....

chiede

**Il rimborso delle spese di trasporto per soggetti in situazione di disabilità grave (art. 3 c. 3 L. 104/92)**

A tal fine allega:

- copia del Verbale della Commissione Medica (art. 3 c.3 L. 104/92);
- prescrizione del programma di attività riabilitativa effettuata dai medici specialisti dell'ASP di competenza;
- attestazione rilasciata dal centro di riabilitazione con indicazione delle frequenze giornaliere e delle sedute;
- fotocopia del libretto di circolazione del veicolo utilizzato per il trasporto, intestato al soggetto disabile o al tutore, o all'amministratore di sostegno o al familiare;
- copia documento di riconoscimento e/o di un delegato;
- Attestazione ISEE in corso di validità completa di DSU;

Il Sottoscritto dichiara di essere informato, avendo preso visione di apposita informativa pubblicata sul sito del Comune e resa disponibile dall'ufficio cui è indirizzata la presente istanza, ai sensi e per gli effetti degli articoli 13 e seg. del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (RGPD-UE 2016/679), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente istanza/dichiarazione viene resa

Piana degli Albanesi \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_