

Distretto Socio Sanitario 31  
**AREA OMOGENEA DISTRETTUALE n. 2**

Comuni di: Capo d'Orlando-capofila- Caprileone e Torrenova  
Azione n. 1 "UN SORRISO PER LA VITA"

**Al Sindaco  
del Comune di \_\_\_\_\_**

OGGETTO: *Domanda per concessione contributo una tantum come rimborso spese per viaggi al Centro Autismo "Navacita" sito in Naso (ME).*

Sottoscritt \_\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_

Via/C.da \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

email \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_

In qualità di genitore/tutore del minore \_\_\_\_\_ affetto da autismo, come da certificato medico allegato.

**CHIEDE**

di usufruire del contributo una tantum, ad integrazione del reddito familiare, per le spese di trasporto del figlio minore affetto da disturbi autistici, presso il Centro diurno "Navacita" di Naso (Me).

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445 del 28.12.2000, consapevole che in caso di false dichiarazioni andrà incontro alle sanzioni penali, previste dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000 e decadrà dai benefici eventualmente conseguenti.

**DICHIARA**

- di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_ facente parte dell'A.O.D. n. 2;
- di utilizzare e/o di avere utilizzato, un proprio mezzo, per il trasporto del minore presso il centro diurno "Navacita".

***Allega alla presente la seguente documentazione:***

- Certificazione medica attestante la patologia autistica del minore;
- Attestazione I.S.E.E., comprensiva di dichiarazione sostitutiva unica, avente valenza anno 2019;
- Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità;
- Fotocopia Copia del codice fiscale;

.....  
.....

**Il/la sottoscritto/a autorizza**, ai sensi del Decreto Legislativo 196/2003 e del GDPR n. 679/2013 "Regolamento Europeo sulla Privacy", il Comune di \_\_\_\_\_, al trattamento dei propri dati personali per l'istruzione della pratica relativa all'ammissione al contributo una tantum.

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_