



COMUNE DI SAN PIETRO CLARENZA
CITTA' METROPOLITANA DI CATANIA
III Settore Amministrativo – Ufficio Servizi Sociali

TRASPORTO P.H. AMMESSI A TERAPIA RIABILITATIVA (RIMBORSO SPESE CARBURANTE) ANNO 2019.”

IL CAPO SETTORE

Vista la deliberazione di C.C. n. 68 del 23/10/1993 con la quale risulta approvato il Regolamento per gli interventi e servizi in favore dei soggetti p.h;

AVVISA

Che chi tra i soggetti P.H. è ammesso alle prestazioni riabilitative in regime di semiconvitto/ ambulatoriale e non può utilizzare i mezzi di trasporto comunali o di istituti, Enti o Associazioni e quindi per raggiungere, dal luogo di residenza, l'istituto di riabilitazione per la terapia del caso usa mezzi privati, può presentare domanda di rimborso spese benzina (1/5 costo del carburante).

TERMINI DI PRESENTAZIONE

Per le terapie sostenute nell'**anno 2019**, l'istanza dovrà essere presentata dal **02/01/2020 al 31/01/2020**;

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALL'ISTANZA

FOTOCOPIA CODICE FISCALE

FOTOCOPIA DOCUMENTO DI IDENTITA'

PROSPETTO PRESENZE ISTITUTO DI RIABILITAZIONE, ENTE O ASSOCIAZIONE (ANNO 2019)

DOCUMENTAZIONE SANITARIA ATTESTANTE L'INVALIDITA'
PER IMPORTI SUPERIORI A € 1.000,00 numero di CODICE IBAN


PER INFORMAZIONI E RITIRO MODULISTICA

Sito istituzionale:www.comunesanpietroclarenza.it

Ufficio Servizi Sociali : ricevimento al pubblico Sig.ra Mignemi - MARTEDI dalle ore 15,30 alle ore 17,30 e GIOVEDI dalle ore 8,30 alle ore 12,30.



IL CAPO SETTORE AD INTERIM
(Dott. Arch. D.Leone)



Al Sig. SINDACO
del Comune di
San Pietro Clarenza

**ISTANZA DA PRESENTARE
ENTRO IL 31/01/2020**

L sottoscritt _____ nat_ a _____ il _____
e residente in San Pietro Clarenza via _____ n. _____, quale portatore di
handicap ovvero genitore dell'assistit _____ nat_ il _____
a _____ ammesso alle prestazioni riabilitative presso il Centro _____
in regime di semiconvitto/ ambulatoriale per n. ___ giorni settimanali.
tell/ cell. n. _____
COD. IBAN n. _____

F A P R E S E N T E

Che non può utilizzare i mezzi di trasporto comunali o di istituti, Enti o Associazioni per i
seguenti motivi:

pertanto

C H I E D E

a codesto Comune il rimborso spese di trasporto, sostenute nell'anno 2019 per raggiungere, dal
luogo di residenza, l'istituto di riabilitazione per la terapia del caso.

Allega la documentazione indicata in calce.

Data _____

Con Osservanza

Allegati:

FOTOCOPIA CODICE FISCALE
FOTOCOPIA DOCUMENTO DI IDENTITA'
PROSPETTO PRESENZE ISTITUTO DI RIABILITAZIONE (ANNO 2019)
DOCUMENTAZIONE SANITARIA ATTESTANTE L'INVALIDITA'