Al COMUNE DI CASTELLAMMARE DI STABIA

Settore II Area Servizi Sociali e al cittadino

Ufficio di Piano ex legge 328/2000 – Ambito N27

Viale Europa, 45

80053, CASTELLAMMRE DI STABIA

Pec: protocollo.stabia@asmepec.it.

**ISTANZA PER L’ASSEGNAZIONE DI CONTRIBUTI SOSTITUTIVI DEL SERVIZIO DI TRASPORTO PER MINORI CON DISABILITÀ VERSO I CENTRI DI RIABILITAZIONE, IN APPLICAZIONE**

Il/La Sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Residente nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP\_\_\_\_\_\_\_\_

in Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Telefono n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del minore (nome e cognome): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Residente nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**CHIEDE**

l’erogazione dei contributi sostitutivi del servizio di trasporto per minori con disabilità verso i centri di riabilitazione

**DICHIARA**

Di essere in possesso dei seguenti requisiti:

1. Residenza nel Comune di Castellammare di Stabia;
2. Certificazione (del minore) di disabilità grave, riconosciuta ai sensi dell’art. 3, comma 3, della Legge 104/92;
3. Certificazione ISEE in corso di validità (2025) non superiore ad € 9.360,00;
4. Titolarità di un progetto personalizzato redatto congiuntamente al Servizio pubblico di riferimento che prevede l’accesso ad un centro riabilitativo:

* Indicare Centro di Riabilitazione frequentato o da frequentare\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sito a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. IBAN\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ intestato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

L’intestatario dell’IBAN dovrà coincidere con il richiedente del servizio.

**SI IMPEGNA A**

documentare l’effettiva presenza presso i centri tramite foglio firme che dovrà essere timbrato dai centri per ogni giorno di presenza, e successivamente trasmesso all’Ufficio, bimestralmente, a mezzo PEC al seguente indirizzo: [protocollo.stabia@asmepec.it](mailto:protocollo.stabia@asmepec.it) , all’attenzione della dott.ssa Fortino, entro e non oltre il giorno 15 del mese successivo (ad es. le presenze di gennaio e febbraio verranno inviate entro e non oltre il 15 marzo).

Il contributo sarà erogato bimestralmente all’IBAN indicato in domanda **sino al 31 dicembre 2025**.

**DICHIARA INOLTRE CHE**

Consapevole delle sanzioni penali previste dall’art 76 del DPR 445/2000, per le ipotesi di falsità e dichiarazioni mendaci:

󠆧 il minore vive in una casa che dista più di 2 km dal Centro riabilitativo presso cui frequenta il trattamento.

󠆧 il minore vive in una casa che dista meno di 2 km dal Centro riabilitativo presso cui frequenta il trattamento e, a causa delle sue condizioni di salute, documentate da certificazioni mediche, necessita di accedere al servizio (In questo caso è obbligatorio allegare la certificazione medica comprovante la necessità).

󠆧 Di non percepire altre agevolazioni sociali per il trasposto verso i centri di riabilitazione.

󠆧 Dichiaro di appartenere a un nucleo con più di un minore;

󠆧 Dichiaro di appartenere a un nucleo con minore carrozzato;

󠆧 Dichiaro di appartenere a un nucleo monogenitoriale;

󠆧 Dichiaro di aver letto l’informativa sul trattamento dei dati indicata nell’avviso e di dare il consenso al trattamento.

**ALLEGA**

* copia di un documento di identità in corso di validità e, laddove presente, copia del permesso di soggiorno e/o cedolino di rinnovo;
* copia di un documento di identità in corso di validità del minore e, laddove presente, copia del permesso di soggiorno e/o cedolino di rinnovo;
* Certificazione di disabilità grave, riconosciuta ai sensi dell’art. 3, comma 3, della Legge 104/92;
* Certificazione ISEE in corso di validità;
* Piano terapeutico e/o ogni altra documentazione attestante lo stato di necessità con indicazione di frequenza di centri di riabilitazione;
* Certificazione medica per accedere al servizio se il minore vive a meno di 2km.
* l’IBAN sul quale dovrà essere erogato il contributo. L’intestatario dell’IBAN dovrà coincidere con il richiedente del servizio.

Data e Luogo Firma