

**COMUNE DI MONTE DI PROCIDA***Città Metropolitana***Settore II – Servizi Sociali**via Panoramica, 10 – Monte di Procida | tel. 0818684246 – protocollo@pec.comune.montediprocida.na.it***Al Responsabile del Settore II
del Comune di Monte di Procida***-----
sede**Oggetto: Richiesta contributo trasporto disabili presso centri di riabilitazione ex L.R. 11/1984.**

Il/La sottoscritt _____

nat ____ a _____ il ____ / ____ / _____, residente a

Monte di Procida in via _____ n. _____

Codice fiscale _____ Recapito telefonico _____

CHIEDE

alla s.v., ai sensi della L.R. n. 11/1984, un contributo per le spese di trasporto dell'invalide

nat ____ a _____ il ____ / ____ / _____, presso il centro

_____ sito in _____.

Tipologia di veicolo utilizzato per il trasporto:

Marchio _____

Anno _____

Modello _____ Cilindrata _____

Tipologia di alimentazione: Benzina Gasolio Gpl Metano

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali presenti nel cv ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

Data _____

Firma



COMUNE DI MONTE DI PROCIDA

Città Metropolitana

Settore II – Servizi Sociali

via Panoramica, 10 – Monte di Procida | tel. 0818684246 – protocollo@pec.comune.montediprocida.na.it

Si allegano:

- Modello Isee
- Documento di identità del richiedente
- Copia del provvedimento di legge che attesta la disabilità
- Attestazione presenze presso il centro riabilitativo

Ai fini della riscossione del contributo si comunica il seguente IBAN per accredito in conto corrente bancario:

Data _____

Firma

Comune di Monte di Procida

Settore II

via Panoramica 10, Monte di Procida (NA)