



**Al Comune di MONOPOLI  
AREA ORGANIZZATIVA V^**

Presentare all'Ufficio PROTOCOLLO  
presso sede comunale Via Garibaldi n.6

Trasmettere a mezzo PEC a  
comune@pec.comune.monopoli.ba.it

**DOMANDA PER L'ATTRIBUZIONE DEL CONTRIBUTO**  
**"Mobilità verso centri di cura" urbano**  
**(anno \_\_\_\_\_)**

Il/La sottoscritto/a (*cognome e nome*) \_\_\_\_\_,  
nato/a a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_ ) il |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|, residente a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_ )  
in via/vico/piazza/ \_\_\_\_\_ n. civico \_\_\_\_\_,  
n. telefono \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l'ammissione ai contributi per il trasporto oncologico e/o riabilitativo per l'anno \_\_\_\_\_ :  
per se stesso  
per il proprio congiunto (indicare nome del congiunto e grado di parentela/affinità)

\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_ ) il |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|, residente a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_ )  
in via/vico/piazza/ \_\_\_\_\_ n. civico \_\_\_\_\_,

**DICHIARA**

a tal fine, sotto la propria responsabilità ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole delle sanzioni anche penali previste all'art. 76 del medesimo DPR in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, che:  
a) il beneficiario del contributo necessita di un percorso terapeutico presso il seguente centro di cura/riabilitazione \_\_\_\_\_ pubblico \_\_\_\_\_ e/o convenzionato..... ubicato nel Comune di \_\_\_\_\_ ;

b) il valore ISEE del nucleo familiare del beneficiario del contributo, relativo all'anno di imposta immediatamente precedente a quello di presentazione della domanda non è superiore ad € 30.000,00;

c) l'attribuzione del contributo richiesto, in caso di accoglimento, avvenga secondo le seguenti modalità:

Pagamento in contanti

Accredito su C/C bancario

Accredito su C/C postale

INTESTATO AL SOTTOSCRITTO

CODICE IBAN

PAESE	CIN EUR	CIN	ABI	CAB	CONTO CORRENTE

IN CASO DI IMPOSSIBILITÀ ALLA RISCOSSIONE, DELEGA QUALE TITOLARE DELLA QUIETANZA:

Il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

mediante:

Pagamento in contanti

Accredito su C/C bancario

Accredito su C/C postale

CODICE IBAN

PAESE	CIN EUR	CIN	ABI	CAB	CONTO CORRENTE

**SI IMPEGNA**

In caso di ammissione a contributo, a

1. presentare mensilmente la seguente documentazione comprovante l'effettuazione dei/ del trasporto ammesso a contributo:

- certificazione rilasciata dalla struttura sanitaria/riabilitativa attestante gli effettivi giorni del mese in cui sono stati effettuati gli accessi per le terapie.

2. comunicare tempestivamente all'Amministrazione ogni evento significativo che modifichi le condizioni attestate con dichiarazioni e/o altri documenti presentati ai fini dell'ammissione al contributo medesimo:

**ALLEGA**

alla domanda la seguente documentazione:

- **attestazione ISEE** relativo all'anno di imposta immediatamente precedente a quello di presentazione della domanda;

- **documentazione medica** comprovante la necessità di terapia e il programma/calendario degli interventi terapeutici;

- **documentazione sanitaria comprovante la condizione di handicap**, riconosciuta ai sensi dell'art. 4 della L. 104/92 (ove necessaria);

- **fotocopia di documento di identità e tessera sanitaria** del beneficiario del contributo e, in caso si tratti di persona diversa anche del sottoscritto richiedente;

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazioni mendaci, così come stabilite dal DPR n. 445/2000, dichiara sotto la propria responsabilità, che quanto sopra affermato corrisponde a verità.

Monopoli, \_\_\_\_\_

*FIRMA*

\_\_\_\_\_

***Autorizzazione al trattamento dei dati***

La sig.ra/il sig. \_\_\_\_\_

**Autorizza** il Servizio Sociale del Comune di MONOPOLI al trattamento dei dati *esclusivamente* per l'espletamento della procedura per cui sono stati rilasciati, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive modifiche e integrazioni.

(Data) \_\_\_\_\_

(Firma) \_\_\_\_\_