



COMUNE DI PARTANNA
LIBERO CONSORZIO COMUNALE DI TRAPANI



Città d'arte e turistica



AREA IV
SERVIZI ALLA PERSONA

AVVISO

RIMBORSO SPESE DI VIAGGIO PER TERAPIE RIABILITATIVE C/O CENTRI SPECIALIZZATI

Viste le LL RR. di settore n.68/81 e n.16/86 riportanti disposizioni in materia di integrazione dei soggetti portatori di handicap e la legge quadro n.104/92 d'indirizzo in materia di tutela delle persone con handicap:

vista la L.R. n.22 /86 e successive modifiche ed integrazioni

vista la legge quadro di riforma dell'assistenza n.328/2000

vito l'art.3 lettera b del Decreto Assessoriale n,867 del 15.04.2003 che qualifica come prestazione gratuita il servizio di trasporto per i portatori di handicap presso i centri di riabilitazione socio-sanitari

SI RENDE NOTO

che si può presentare istanza di rimborso delle spese di viaggio sostenute per terapie riabilitative c/o centri specializzati -anno 2021- ai sensi delle normative citate in premessa, L'istanza redatta su apposito modello che potrà essere ritirato c/o l'ufficio Servizi Sociali o scaricato dal sito istituzionale dell'Ente www.partanna.gov.it dovrà essere presentata, a pena di esclusione entro il 06-09-2021 presso l'ufficio protocollo dell'ente entro le 18.00 sito in Via Vitt. Emanuele 219 o inviate alla email giacomo.barbera@unionebelice.it o via pec partanna@pec.it entro e non oltre le ore 23.59 del 06-09-2021.

Il Responsabile del Procedimento
Giacomo Barbera



Il Responsabile Area IV
Dott.ssa Nastasi Doriana

**AL RESPONSABILE DEI
SERVIZI SOCIALI
DEL COMUNE DI PARTANNA**

Oggetto: Richiesta rimborso spese trasporto soggetti portatori di handicap

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____

Il _____, residente in _____

nella Via _____ n. _____, Tel. _____

Codice Fiscale _____, nella qualità di _____

del soggetto P. H. _____ nato a _____

il _____, residente in _____

CHIEDE

Un contributo economico a titolo di rimborso spese di trasporto sostenute dal suddetto P. H. per recarsi presso il Centro di Riabilitazione _____ di _____, per effettuare la terapia prescritta dall'A.S.P. nel periodo dal 01/01/2021 al 31/12/2021.

A tal fine dichiara di aver preso visione dell'avviso pubblico del _____ /

Allega alla presente la seguente documentazione:

- Certificato attestante la sussistenza della disabilità grave Legge 104/92 (art. 3, comma 3);
- Piano terapeutico predisposto dall'equipe pluridisciplinare dell'A.S.P. di appartenenza;
- Fotocopia del documento di riconoscimento del soggetto richiedente, in corso di validità;

Il richiedente autorizza il Comune ad utilizzare i dati contenuti nella presente istanza per le finalità previste dalla legge e dall'avviso di cui sopra, nel rispetto di quanto previsto dagli art. 9 e 10 del Regolamento (UE) 2016/679 così come recepito dall'art. 27 del D. Leg. 101/2018./la sottoscritto/a dichiara di essere informato/a e di autorizzare ai sensi del D.lgs. n. 196/2003 e del regolamento U.E. n. 679/2016 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Partanna, li

Firma del Richidente