

Modello a)

ASL 1 AVEZZANO, SULMONA, L'AQUILA
DISTRETTO SANITARIO AREA MARSICA
U.O.S.D. RIABILITAZIONE TERRITORIALE
VIA DON MINZONI, 85
67051 AVEZZANO (AQ)

OGGETTO: richiesta contributo sulla spesa per la modifica agli strumenti di guida e agli autoveicoli privati, nella misura del 20%, a favore dei titolari di patente di guida A, B e C speciale con incapacità motoria permanente – ex artt. 27 L. n. 104/1992, 7 bis L.R. 60/1980 e s.m.e.i, L.R. n. 6/2005 art. 204, comma 1, lett. a) e c).

Il/la sottoscritto/a
(cognome) (nome)

codice fiscale.....

nato/a(prov.....)
(comune di nascita; se nato all'estero specificare lo Stato)

il.....recapiti telefonici

titolare della patente di guida speciale N°..... CAT

rilasciata in data..... dalla Prefettura di

CHIEDE

UN CONTRIBUTO NELLA MISURA PREVISTA DALLE DISPOSIZIONI NORMATIVE IN OGGETTO ALLA SPESA DI €.....SOSTENUTA PER LA MODIFICA AGLI STRUMENTI DI GUIDA/ALL'AUTOVEICOLO PRIVATO DEL VEICOLO IN USO.

A corredo della domanda allega:

- A) fotocopia della patente di guida
- B) fotocopia del libretto di circolazione dell'autoveicolo, aggiornato a seguito delle modifiche apportate
- C) fotocopia della fattura dei lavori di modifica agli strumenti di guida del veicolo eseguiti direttamente dalla fabbrica o da altra ditta
- D) fotocopia del verbale della Commissione di Accertamento dell'handicap (art. 4, L. 104/92) o dichiarazione sostitutiva di certificazione del riconoscimento dell'handicap comportante incapacità motorie permanenti, con esatta indicazione degli estremi del verbale
- E) fotocopia semplice del proprio documento di identità

DICHIARA

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e s. m. e i. nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera di cui all'art. 75 dello stesso Decreto,

ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445 del 28.12.2000 e s. m. e i.:

- di essere residente a.....(prov.....) ..cap.....in
Via/Piazza/Loc.....n°civico.....
- (N.B. DA COMPILARE SOLO SE NON VIENE PRODOTTA COPIA DEL VERBALE)
di essere stato riconosciuto portatore di handicap comportante incapacità motorie permanenti
ai sensi della L. 104/92 con verbale n..... del.....dalla Commissione
Sanitaria per l'accertamento dell'handicap della ASL di.....

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445 del 28.12.2000 e s. m. e i.:

- che per lo stesso ammontare di spesa non sono stati richiesti e/o ottenuti contributi a carico del bilancio dello Stato o di altri Enti Pubblici.

ai sensi degli artt. 19 e 47 del D.P.R. 445 del 28.12.2000 e s. m. e i.:

- che le fotocopie dei documenti allegati alla presente istanza sono conformi agli originali in proprio possesso.

COMUNICA

- 1) di voler ricevere EVENTUALI COMUNICAZIONI relative alla presente istanza presso il seguente indirizzo (compilare solo se diverso dalla residenza).
.....

- 2) DI VOLER RICEVERE IL CONTRIBUTO RICHIESTO MEDIANTE LA SEGUENTE MODALITA' (barrare la modalità scelta e compilare) :

a) ASSEGNO CIRCOLARE NON TRASFERIBILE (solo per rimborso inferiore alla somma di € 1.000,00)

b) VERSAMENTO SU C/C POSTALE (non libretto di deposito/risparmio)
N°.....
IBAN.....

c) VERSAMENTO SU C/C BANCARIO
N°.....
IBAN.....

- 3) Di impegnarsi a comunicare eventuali variazioni che dovessero intervenire relative ai dati dichiarati nella presente istanza.

Con osservanza

.....
(luogo e data)

Firma leggibile

.....