

All'Amministrazione

del Comune di

C A P O N A G O

Oggetto: **Richiesta accesso trasporto sociale "D1) servizi di terapia, rieducazione e riabilitazione, per minori diversamente abili certificati"**.

Il sottoscritto _____ nato a

_____ il _____ residente in CAPONAGO

Via _____ tel. _____

Codice Fiscale _____

in qualità di _____ del minore _____

nato a _____ il _____

CHIEDE

di usufruire, ai sensi dell'art. 41 e seguenti del Regolamento per l'accesso ai servizi socio-assistenziali e socioeducativi: disciplina della compartecipazione economica da parte degli utenti (ISEE) del **SERVIZIO TRASPORTI SOCIALI** organizzato da codesta Amministrazione, per raggiungere:

- la seguente struttura convenzionata, compresa nel raggio di 20 Km:

-
- Centro Polivalente di Usmate
 - Centro "S. Maria al Castello" di Pessano con Bornago, Fondazione Don Gnocchi
 - Centro "La Nostra Famiglia" di Bosisio Parini
 - Centro "Villa Santa Maria " di Tavernerio

secondo il seguente calendario:

giorni: _____ partenza ore _____

dal _____ al _____

A tal fine,

DICHIARA

consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni

rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000),

- di essere a conoscenza delle modalità organizzative relative alla fruizione del servizio di trasporto sociale;
- di essere realmente impossibilitati all'uso dei mezzi pubblici;
- di non avere parenti in grado di provvedervi;
- di essere obbligato, in solido con l'altro genitore, al pagamento del servizio di trasporto sociale secondo la tariffa in vigore;
- di impegnarsi a comunicare all'Ufficio Politiche Socio-Assistenziali qualsiasi variazione;

CHIEDE

- di accedere alle prestazioni agevolate avendo un reddito ISEE pari a _____, come da attestazione ISEE in corso di validità protocollo INPS n. _____

Caponago, _____

Firma

- Parere Assistente Sociale : _____

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 445/2000.

Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445 del 28/12/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata all'Ufficio competente via fax, tramite un incaricato oppure a mezzo posta, insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento di identità del dichiarante.

- Firma apposta avanti al Funzionario _____
- Si allega fotocopia C.I. n. _____ del _____ rilasciata dal Comune di _____