

**AL SIG. SINDACO DEL
COMUNE DI CANICATTI**

__l__ sottoscritt__ _____ nato a _____
il _____ e residente in via _____ n. _____
Tel. _____ Codice Fiscale _____ in
qualità di _____ di _____, diversamente abile,
che frequenta per cure terapeutico riabilitative il Centro di Riabilitazione
_____ del Comune di _____ per:

- √ Continuità terapeutica
- √ Impossibilità di accesso c/o il Centro di Riabilitazione di Canicattì.

CHIEDE

un contributo economico per le spese di viaggio.

A tale fine allega alla presente:

- Prescrizione medica;
- Certificato attestante la disabilità, art. 3 Legge 104/92;
- Attestazione ISEE anno 2011;
- Copia fotostatica di un documento valido di riconoscimento.

__l__ sottoscritt__ presenterà documentazione a riprova delle spese effettivamente sostenute.

Canicattì, li _____

FIRMA

__l__ sottoscritt__ _____ autorizza il trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs. 196/2003.

FIRMA
