

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

Il sottoscritt \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e residente in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_ in  
qualità di \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, diversamente abile,  
che frequenta per cure terapeutiche 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:

1. Prescrizione medica delle terapie riabilitative;
2. Documentazione attestante l'esecuzione delle cure effettuate e delle relative date di frequenza; rilasciata dal Centro di Riabilitazione;
3. Certificato attestante la disabilità ex art. 3 Legge n.104/92;
4. Attestazione ISEE(con redditi relativi all'anno 2013);
5. Copia fotostatica di un documento valido di riconoscimento.

Canicattì, li \_\_\_\_\_

**FIRMA**

\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati, nel rispetto della legge 196/2003 e successivi aggiornamenti, per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

**FIRMA**

\_\_\_\_\_