

**AL SIGNOR SINDACO  
COMUNE DI ERICE**

**OGGETTO: RICHIESTA SERVIZIO "SORRISI IN MOVIMENTO" PER IL TRASPORTO ED ACCOMPAGNAMENTO DEI DISABILI**

<p><b>RICHIEDENTE</b></p> <p>___ 1 ___ sottoscritt _____ nato a _____</p> <p>il _____ e residente a _____ in</p> <p>Via _____ N° _____ domiciliato in Via</p> <p>_____ Comune di _____ recapito telefonico _____</p> <p>_____</p>
---

<p><b>BENEFICIARIO</b></p> <p>Indicare il tipo di relazione tra il richiedente e il beneficiario _____</p> <p>cognome e nome _____</p> <p>nato a _____ residente a _____ in Via _____</p> <p>_____ e domiciliato in Via _____</p> <p>Comune di _____ recapito telefonico _____</p> <p>Altri recapiti telefonici _____</p>
---

**CHIEDE**

Di poter beneficiare del **SERVIZIO "SORRISI IN MOVIMENTO" PER IL TRASPORTO ED ACCOMPAGNAMENTO DEI DISABILI**, previsto dal Piano di Zona del Distretto D 50 - L. 328/00, triennio 2010/2012, tramite la concessione di buoni servizio, per le seguenti finalità.

1. accompagnamento a scuola;
2. accompagnamento nei luoghi di svago e di socializzazione (cinema, teatro, palestra ecc.);
3. accompagnamento nei luoghi di culto;
4. accompagnamento e visite mediche;
5. accompagnamento per visite in ospedale e/o cimitero;

- 6. accompagnamento nei centri commerciali;
- 7. accompagnamento sul luogo di lavoro.

**DICHIARA**

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R 28 dicembre 2000, N° 445, recante il Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa, quanto segue:

- **il nucleo di convivenza del beneficiario è composto da:**

rapporto parentela	Cognome	Nome	Luogo di nascita	Data di Nascita

**DI RICHIEDERE IL PRESENTE SERVIZIO PER** (indicare frequenza e destinazione)

---



---

- Di impegnarsi a comunicare tempestivamente, ogni variazione riguardante la propria condizione reddituale, il proprio stato di salute, la propria condizione familiare.**

Si allega alla presente:

- Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità;
- Riconoscimento della condizione di soggetto disabile ai sensi della L. 104/92 o per le situazioni di disabilità recente, per cui non si è in possesso della superiore certificazione, dovrà essere prodotto certificato del medico di medicina generale o del pediatra, attestante la condizione di disabilità, corredato della copia dell'istanza di riconoscimento della legge l. 104/92.
- Attestazione ISEE relativa al nucleo anagrafico e/o di convivenza riferito all'anno fiscale in corso, ai sensi del D.L. n° 109 del 31 marzo 1998.

Si autorizza il trattamento dei dati personali e sensibili per l'adesione al servizio in oggetto, ai fini della legge 196/2003.

ERICE, \_\_\_\_\_

**IL RICHIEDENTE**