All.B) alla Det. n 171 del 08/10/2019

 UFFICIO SERVIZI SOCIALI

 DISTRETTO RIETI IV

 C/O COMUNITA’ MONTANA

 SALTO CICOLANO

**MODELLO PER LA RICHIESTA DEL RIMBORSO PER LE SPESE DI TRASPORTO DI MINORI PRESSO CENTRI RIABILITATIVI**

|  |
| --- |
| **DATI DEL MINORE**  |

|  |
| --- |
| COGNOME\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NOME\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| NATO A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| RESIDENTE NEL COMUNE DI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| INDIRIZZO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| FREQUENTANTE IL CENTRO RIABILITATIVO DENOMINATO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, IN VIA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ LOCALITA’\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PROV.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **RICHIEDENTE (GENITORE O ESERCENTE LA POTESTA’ GENITORIALE)** |

|  |
| --- |
| COGNOME\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NOME\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| NATO A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| RESIDENTE NEL COMUNE DI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| INDIRIZZO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| RECAPITO TEL./E-MAIL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| IN QUALITA’ DI (*grado di parentela)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **TERMINI DEL PIANO TERAPEUTICO** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DATA INIZIO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | DATA FINE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | PER LA DURATA DI MESI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| NUMERO DI GIORNI SETTIMANALI DI FREQUENZA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **CONDIZIONE DI DISABILITA’** |

|  |
| --- |
| □ NON RICONOSCIUTA |
| □ ART. 3 COMMA 1 LEGGE 104/92 |
| □ ART. 3 COMMA 3 LEGGE 104/92 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □ | Dichiara di AVERE ALTRI FIGLI FREQUENTANTI CENTRI RIABILITATIVI  | NUMERO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| PER IL/I QUALE/I E’ STATA PRESENTATA ISTANZA DI RIMBORSO | □ SI | □ NO |

|  |
| --- |
| **DICHIARA INOLTRE** |
| Di Consapevole ai sensi degli artt. 71/75 e 76 del D.P.R. n. 455/2000 delle responsabilità penali che si assume per falsità in atti e dichiarazioni mendaci e che la non veridicità di quanto dichiarato comporta la decadenza del beneficio. |
| **INFORMATIVA PRIVACY** |
| □ | **Il/la sottoscritto/a dichiara di essere consapevole e di accettare che i dati forniti con la presente domanda saranno trattati da personale incaricato dalla VII Comunità Montana Salto Cicolano e dai Comuni del distretto RI 4, e o trasferiti a terzi, per le sole finalità connesse alla medesima istanza, nel rispetto del D.Lgs. n. 196/2003 e del “Regolamento per l’attuazione del Regolamento UE 2016/679 relativo alla protezione dei dati personali”.**  |
| DATA | FIRMA |
| ALLEGATI | □ ISEE NUCLEO FAMILIARE | □ DOC. SANITARIA | □ PIANO TERAPEUTICO |
| □ DOC. DI IDENTITA’ RICHIEDENTE | □ DOC. DI IDENTITA’ DESTINATARIO | □ ALTRO SPECIFICARE |