Spett.le ASST

ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda

Segreteria Fragilità

Via Ippocrate 45

20161 MILANO - MI

Oggetto: **Richiesta di contributo alle spese per la modifica degli strumenti di guida a favore dei titolari di patenti speciali A B e C con incapacità motorie permanenti**.

(Legge 104 art. 27 de 5 febbraio 1992)

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Via/P.za\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_

telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

titolare della patente di guida cat.\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

rilasciata in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dalla Prefettura/Motorizzazione di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

un contributo, nella misura prevista dalla Legge in oggetto, alla spesa di:

Euro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(comprensiva di IVA), sostenuta per la modifica agli strumenti di guida del veicolo in uso

Tipo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_targa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A tal fine dichiaro:

di non aver richiesto e/o ottenuti contributi a carico del Bilancio dello Stato o di altri Enti pubblici per l’ammontare di spesa di cui alla fattura n. \_\_\_\_\_\_\_\_del\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(diversamente, dichiarare l’Ente pubblico erogatore, causale ed entità del contributo ricevuto) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

di non avere richiesto e/o ottenuti rimborsi ai sensi dell’Art. 27 della L. 104/92 negli ultimi 4 anni. Diversamente dichiara che\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Io sottoscritto/a dichiaro di essere consapevole delle sanzioni penali richiamate dall’art. 76 del DPR n.445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi e a corredo della domanda allego:

a) copia documento di Identità personale;

b) copia patente di guida da cui si evidenzino le prescrizioni previste dalla CML;

c) copia certificato medico rilasciato dalla Commissione Medica Locale patenti (CML) – se in possesso

d) copia libretto di circolazione del veicolo;

e) copia fattura dei lavori di modifica agli strumenti di guida del veicolo eseguiti direttamente dalla fabbrica o da altra ditta

f) altra eventuale documentazione sanitaria ritenuta necessaria certificante l’incapacità motoria permanente

g) Consenso al trattamento dei dati personali

***Informativa al trattamento dei dati personali (art.76 – 81 DL 196/2003 e Regolamento Europeo n. 2016/679)***

**I dati personali e sensibili forniti o acquisiti attraverso la documentazione presentata saranno trattati secondo le disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo, nel rispetto del Codice Privacy e degli obblighi di riservatezza a cui è tenuto il nostro ente**

In caso di esito positivo della domanda di contributo, si indicano gli estremi del conto corrente per il versamento:

Conto Corrente intestato a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Banca/Agenzia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CODICE IBAN:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Data Firma del Dichiarante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_