



Al Responsabile del Servizio Sociale

Comune di Sedilo
Piazza San Giovanni snc
09076 – Sedilo (OR)

Oggetto: **L.R. N. 12/85 - domanda di ammissibilità al servizio trasporto per i centri di riabilitazione**

__ sottoscritt_ _____ nat_ a
_____ il _____ residente a
Sedilo, in Via _____ recapito telefonico
_____ Codice Fiscale _____

CHIEDE

di poter usufruire per l'anno _____ del Servizio Trasporto Per se medesim_
 ovvero per __ Sig. _____, nat_ a
_____ il _____, residente in
Sedilo, (indirizzo) _____ recapito telefonico
_____ Codice Fiscale _____

A tal fine dichiara di acconsentire al trattamento dei dati personali, ai sensi della normativa vigente in materia.

Si allega la seguente documentazione relativa al beneficiario del servizio:

- Copia della carta d'identità in corso di validità;
- Copia della tessera sanitaria;
- Copia di certificazione di cui alla Legge 104/92;
- Copia della certificazione sanitaria della struttura pubblica che prescrive la terapia riabilitativa (impegnativa)
- Copia dell'attestazione dell'ISEE Socio – sanitario e Ordinario, in corso di validità, non DSU;
- copia della dichiarazione dei redditi del nucleo familiare.

Sedilo _____

Firma del richiedente _____