

**AL SIGNOR SINDACO**  
**COMUNE DI \_\_\_\_\_**

OGGETTO: RICHIESTA SERVIZIO “SORRISI IN MOVIMENTO” PER IL TRASPORTO ED ACCOMPAGNAMENTO DEI DISABILI

<p><b>RICHIEDENTE</b></p> <p>___ l ___ sottoscritt _____ nato a _____</p> <p>il _____ e residente a _____</p> <p>in Via _____ N° _____ domiciliato in Via _____</p> <p>_____ Comune di _____ recapito telefonico _____</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 _____</p> <p>in Via _____ 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, ed in particolare trasporto ed accompagnamento dal domicilio dell’utente presso:

- luoghi di svago e di socializzazione (cinema, teatro, palestre, ecc.);
- luoghi di culto;
- visite mediche;
- visite in ospedale;
- cimiteri;
- centri commerciali;
- luogo di lavoro, per esigenze straordinarie;
- scuola, per esigenze straordinarie.

## 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 104/92.
- Attestazione ISEE ai sensi del D.L. n° 109 del 31 marzo 1998 riferito all'anno fiscale in corso, corredato dalla dichiarazione sostitutiva unica.

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

, li \_\_\_\_\_

IL RICHIEDENTE