



# COMUNE DI PATERNÒ

Città Metropolitana di Catania

## II SETTORE SERVIZI ALLA PERSONA

### AVVISO

## CONCESSIONE DI CONTRIBUTI ALLE FAMIGLIE RELATIVI ALLE SPESE DI TRASPORTO DI SOGGETTI PORTATORI DI HANDICAP

### IL SINDACO

Viste le LL. RR. n. 68/81 e n. 16/86;

### RENDE NOTO

Alle famiglie interessate, che è possibile presentare l'istanza relativa all'anno 2017, per la concessione di contributi relativi alle spese di trasporto di soggetti portatori di handicap che nell'anno 2017 hanno frequentato corsi di formazione professionale e/o di centri educativi - riabilitativi a carattere ambulatoriale diurno.

Le istanze dovranno pervenire, a pena di esclusione, entro e non oltre il 31/01/2018.

All'istanza dovrà essere allegata la seguente documentazione:

- 1) Certificato attestante tipo e grado dell'handicap, rilasciato da medici specialisti dell'A.S.P. CT3 o Verbale rilasciato dalla Commissione Sanitaria;
- 2) Autocertificazione dello stato di famiglia e della residenza;
- 3) Certificato di frequenza rilasciato dall'istituto e/o dal centro educativo - riabilitativo.

Gli uffici di Segretariato Sociale, siti al 2° piano del Palazzo Municipale, sono a disposizione per eventuali informazioni e per il ritiro del modello di domanda.

L'Assessore ai Servizi Sociali  
Rita Maccarrone

Il Sindaco  
Dott. Antonino Naso

RICHIESTA CONTRIBUTO SPESE DI TRASPORTO

IL MODULO DEVE ESSERE COMPILATO INTEGRALMENTE

AL CAPO UNITÀ OPERATIVA "SERVIZI SOCIALI" PATERNÒ

Il sottoscritt \_\_\_\_\_  
 Cognome e nome \_\_\_\_\_  
 Codice fiscale \_\_\_\_\_  
 Luogo di nascita \_\_\_\_\_  
 Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Indirizzo \_\_\_\_\_ Paternò Prov. Catania recapito telefonico \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_  
 nella qualità di genitore/coniuge del soggetto portatore di handicap  
 Cognome e nome \_\_\_\_\_

CHIEDE

Alla S.V. ai sensi della L.R. n° 68 del 18/04/1981, art. 6, e successive modifiche ed integrazioni, la concessione di un contributo economico finalizzato alle spese di trasporto di portatore di handicap per la frequenza di corsi di formazione professionale e/o di centri educativo-riabilitativi a carattere ambulatoriale e diurno.

A tale scopo allega i seguenti documenti:

- Certificato attestante tipo e grado di handicap, rilasciato da medici specialistici dell'ASP 3CT o copia del verbale rilasciato dalla Commissione Sanitario;
- Autocertificazione dello stato di famiglia e della residenza);
- Certificato di frequenza rilasciato dall'istituto e/o dal centro educativo - riabilitativo;

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Il/la richiedente  
(firma per esteso e leggibile)

INFORMAZIONI RELATIVE ALLA RACCOLTA DEI DATI PERSONALI (D. Lgs. 196/2003)

**FINALITA' DELLA RACCOLTA:** si informa che la raccolta dei dati personali persegue finalità istituzionali e riguarda adempimenti di legge, di regolamento o contrattuali.

**MODALITA' E LOGICA DEL TRATTAMENTO:** il trattamento dei dati avviene tramite l'inserimento in banche dati automatizzate e l'aggiornamento di archivi cartacei. Le informazioni raccolte in tal modo possono essere aggregate, incrociate ed utilizzate cumulativamente.

**OBBLIGO DI COMUNICAZIONE:** la comunicazione dei dati è necessaria al fine dello svolgimento del procedimento amministrativo.

**COMUNICAZIONE E DIFFUSIONE:** la comunicazione è il dare conoscenza dei dati personali a soggetti determinati dall'interessato. I dati personali possono essere comunicati ad enti pubblici sulla base di norme di legge o di regolamento o, comunque, per l'esercizio di attività istituzionali. In particolare, per l'estinzione dei mandati di pagamento, essi saranno resi noti da parte dell'ufficio competente a riceverli all'Istituto di credito gestore del servizio Tesoreria. La comunicazione di dati personali può avvenire solo se prevista da norme di legge o di regolamento per l'esercizio del diritto di accesso. La diffusione è il dare conoscenza dei dati personali ad un numero indeterminato di persone. La diffusione dei dati avverrà tramite mandati di pagamento appositamente predisposti.

**TITOLARE DEI DATI:** titolare dei dati è l'Amministrazione Comunale di Paternò, con sede in Paternò - Parco del Sole - Zona Ardizzone - Responsabile: Capo Unità Operativa dell'Istituzione e/o Responsabile del procedimento amm.vo.

**DIRITTI DELL'INTERESSATO:** l'interessato ha il diritto di conoscere, cancellare, rettificare, integrare, opporsi al trattamento dei dati personali, nonché di esercitare gli altri diritti riconosciuti dall'art. 7 del D. Lgs. 196/2003.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, con riferimento alla presente domanda dichiara di aver ricevuto l'informazione di cui all'art. 13 del D. Lgs. 196/2003.  
Paternò \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE  
DELLO STATO DI FAMIGLIA  
(artt.45 e 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

IL/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

IL \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del D.P.R. 28/12/00 n. 445 in caso di Dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art.75 del D.P.R. del 28/12/00 n. 445; sotto la propria responsabilità

DICHIARA

Che la famiglia convivente si compone di:


Il sottoscritto dichiara inoltre, ai sensi dell'art.13 del D.L g s.n.196 del30 giugno 2003, di essere stato informato che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con Strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data

Firma

La presente dichiarazione sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono. La firma non va autenticata, né deve necessariamente avvenire alla presenza dell'impiegato dell'Ente che ha richiesto il certificato. In luogo dell'autenticazione della firma si allega copia fotostatica del documento di identità. La presente dichiarazione ha validità per 6 mesi (art.41 D.P.R.445/2000); se i documenti che sostituisce hanno validità maggiore ha la stessa validità di essi. Tale dichiarazione può essere trasmessa via fax o con strumenti telematici (art.38 D.P.R.445/2000). La mancata accettazione della presente dichiarazione costituisce violazione dei doveri d'ufficio (art.74 comma 1 D.P.R.445/2000). Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art.37 D.P.R.445/2000.