

# COMUNE DI CAMPOFRANCO

( Libero Consorzio Comunale di Caltanissetta )

**Oggetto:** Concessione contributi per le spese di trasporto in favore delle famiglie di soggetti diversamente abili frequentanti il centro di riabilitazione dell'Associazione "Casa Famiglia Rosetta" di Mussomeli – Anno 2019.

## IL RESPONSABILE DELL'AREA AMMINISTRATIVA

### RENDE NOTO

Che con Deliberazione di G. M. n. 10 del 5/2/2019 l'Amministrazione Comunale ha emanato direttive per la concessione di contributi per le spese di trasporto, con mezzo proprio, in favore delle famiglie di soggetti diversamente abili frequentanti il centro di riabilitazione dell'Associazione " Casa Famiglia Rosetta " di Mussomeli, per l'anno 2019, così distinti:

- Per i trattamenti in regime ambulatoriale: €. 3,50 per ciascuna frequenza;
- Per i trattamenti in regime seminternato: €. 7,80 per ciascuna frequenza.

Per quanto sopra, gli utenti interessati potranno far pervenire a questo Comune apposita istanza, distinta per ciascun trimestre, corredata della seguente documentazione:

- a) Istanza del richiedente, resa sotto forma di autodichiarazione, con la quale si attesta, tra l'altro, le effettive presenze eseguite nel corso del trimestre di riferimento;
- b) Certificato di frequenza rilasciato dall'Associazione "Casa Famiglia Rosetta" – Sezione distaccata di Mussomeli, dal quale si evince, rispettivamente, la tipologia della prestazione ed i giorni di effettiva frequenza;
- c) Copia dell'autorizzazione rilasciata dall'Azienda A.S.P. relativa ai trattamenti, siano essi in regime ambulatoriale che di seminternato, per il periodo di riferimento al contributo richiesto;
- d) Copia di un valido documento di riconoscimento.

In caso di frequenza del centro di riabilitazione da parte di più componenti del medesimo nucleo familiare nella stessa giornata, il rimborso delle spese di trasporto con il mezzo proprio sarà equiparato ad una sola frequenza, salvo i casi di prestazioni svolte in distinti orari antimeridiani e pomeridiani della medesima giornata, debitamente documentate da separata certificazione dimostrativa rilasciata dal centro di riabilitazione.

#### **Termini per la presentazione delle istanze:**

- **Per il 1° - 2° e 3° Trimestre 2019:** - Istanza, corredata della documentazione di cui sopra, da presentarsi entro il **mese successivo della data di scadenza di ciascun trimestre** e, rispettivamente, entro i mesi di Aprile – Luglio – Settembre 2019.
- **Per il 4° Trimestre 2019:** - Istanza, corredata della documentazione di cui sopra, da presentarsi entro il **31 Gennaio 2020**.

L'erogazione del contributo, sia esso per intero o parziale, rimane subordinata alle disponibilità finanziarie dell'Ente; Nel caso di insufficienza di fondi per la copertura finanziaria dell'intero fabbisogno, si provvederà alla relativa liquidazione del trimestre di riferimento in rapporto proporzionale tra tutti i richiedenti.

La domanda, resa sottoforma di autodichiarazione, dovrà essere presentata su apposito modello predisposto da questo Comune e potrà essere ritirato presso l'Ufficio Relazioni con il Pubblico, oppure estraibile dal sito istituzionale [www.comune.campofranco.cl.it](http://www.comune.campofranco.cl.it), unitamente al presente avviso.

Campofranco, li 6/2/2019

**Il Responsabile dell'Area Amministrativa**

( *A. Lo Curcio* )

Oggetto: Richiesta fruizione contributo per rimborso spese di trasporto disabili con mezzo proprio relativo a: \_\_\_\_\_° Trimestre Anno 2019.

\_\_\_ l \_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_ a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, quivi residente in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
C. F. \_\_\_\_\_ - Rec. telefonico \_\_\_\_\_,  
in qualità di \_\_\_\_\_ del paziente Sig. \_\_\_\_\_  
nat \_\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, frequentante il Centro di  
Riabilitazione dell'Associazione " Casa Famiglia Rosetta " – Sezione di Mussomeli nel corso del  
trimestre in oggetto per il trattamento terapeutico appresso segnato:

- Ambulatoriale;

- Seminternato;

### **CHIEDE**

la concessione del contributo per le spese di trasporto effettuate con mezzo proprio nel corso del trimestre in oggetto.

Il sottoscritto, essendo a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 26 della Legge 4/1/1968, n. 15, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, oltre che alla perdita del diritto al beneficio richiesto, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 2 della citata L. n. 15/68 e sotto la propria personale responsabilità:

### **DICHIARA**

- Di essere a conoscenza di quanto contenuto nell'apposito Avviso Pubblico;
- Che nel corso del trimestre in oggetto, il suddetto paziente ha effettuato N. \_\_\_\_\_ frequenze per trattamenti riabilitativi presso il Centro di Riabilitazione di Mussomeli.

Alla presente si allega la seguente documentazione:

- a) Certificato di frequenza rilasciato dall'Associazione "Casa Famiglia Rosetta" – Sezione distaccata di Mussomeli, dal quale si evince, rispettivamente, la tipologia della prestazione ed i giorni di effettiva frequenza;
- b) Copia dell'autorizzazione rilasciata dall'A.S.P. relativa ai trattamenti, siano essi in regime ambulatoriale che di seminternato, per il trimestre in oggetto;
- c) Copia di un valido documento di riconoscimento.

Ai sensi del D. L. n. 201/2011 e s.m.i., con la presente si chiede che il pagamento venga effettuato mediante (*segnare con una croce la modalità prescelta*):

- **Bonifico Bancario:**

- **Libretto Postale:**

- CIN: \_\_\_\_\_ ABI: \_\_\_\_\_ CAB: \_\_\_\_\_ C/C n.: \_\_\_\_\_

- IBAN: \_\_\_\_\_

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

**IL DICHIARANTE**

\_\_\_\_\_  
( firma da apporre leggibile e per esteso )