

**AL SIG. SINDACO  
DEL COMUNE DI MONTESILVANO (PE)**

**OGGETTO: RICHIESTA SERVIZIO TRASPORTO DISABILI**

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

il \_\_\_\_\_ residente a Montesilvano (PE) in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

genitore di \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Di poter usufruire del servizio di trasporto presso

- Centro di riabilitazione \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Nel seguente orario:

<i>Lunedì</i>	<i>Martedì</i>	<i>Mercoledì</i>	<i>Giovedì</i>	<i>Venerdì</i>	<i>Sabato</i>

A tal fine il sottoscritto, consapevole delle sanzioni cui può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci o non veritiere o di falsità in atti o attestazioni, nonché delle sanzioni amministrative principali ed accessorie previste (rif. Art. 76 del DPR 445/2000) e sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

- Di avere difficoltà a servirsi dei normali mezzi pubblici;
- Di non avere una rete familiare di supporto in grado di provvedere al suddetto trasporto

**Si allega:**

- ✓ Fotocopia del documento di identità personale in corso di validità
- ✓ Certificazione di handicap con connotazione di gravità (L.104/92)
- ✓ Modello ISEE relativo al proprio nucleo familiare

Montesilvano, \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_