



COMUNE DI ACI CASTELLO
Citta' Metropolitana di Catania

**AL SIG SINDACO DEL
COMUNE DI ACI CASTELLO
UFFICIO SERVIZI SOCIALI**

**RICHIESTA CONTRIBUTO RIMBORSO SPESE TRASPORTO
PORTATORE H ai sensi della L.R. n. 67/81e 16/86**

___ l ___ Sottoscritt ___

nat ___ a ___ il ___ C.F. ___

madre/padre di _____

nat ___ a ___ il ___

residente in via _____ n. _____ Tel. _____

dovendo frequentare _____

per la riabilitazione, come da impegnativa della A.S.L. che si allega,

CHIEDE

il trasporto gratuito dal luogo di residenza al Centro, ai sensi della L.R. n. 67/81e 16/86 ed in subordine, il rimborso per le spese di trasporto sostenute in ossequio delle leggi vigenti in materia.

Si allegano i seguenti documenti:

- 1) Certificazione L. 104/92 -
- 2) Autorizzazione ASP competente, in corso di validità -
- 3) Certificazione della frequenza presso il centro di riabilitazione -
- 4) Documento d'identità in corso di validità

Informativa sul trattamento dei dati (Reg. UE 2016/679)

Il Comune di Aci Castello, in qualità di titolare, tratterà i dati personali comunicati con la presente istanza saranno trattati al solo scopo di gestire il servizio in oggetto.

Il trattamento dei dati per le suddette finalità è realizzato mediante l'utilizzo di procedure in grado di tutelare e garantire l'integrità e la riservatezza dei dati forniti in conformità al Reg. UE 2016/679.

Il mancato conferimento dei dati personali in oggetto renderà impossibile l'erogazione del servizio.

L'informativa dettagliata resa ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE 2016/679 può essere consultata sul sito internet <https://www.comune.acicastello.ct.it/> nella sezione dedicata a https://www.comune.acicastello.ct.it/servizi/Servizi_Sociali.aspx, ovvero presso lo sportello Ufficio Servizi Sociali.

Aci Castello _____

Firma _____