****

**Assessorato Servizi Sociali**

**AL COMUNE DI SAN GAVINO M. LE**

**OGGETTO: Contributi spese di trasporto, sostenute da cittadini con il riconoscimento dello stato di handicap grave ai sensi delle L. 104/92 (art.3 comma 3) finalizzate al raggiungimento della sede scolastica (LIMITATAMENTE ALLE SCUOLE UBICATE NEL TERRITORIO COMUNALE), centri diurni-   strutture ospedaliere e/o riabilitative - centri sportivi - servizi ricreativi.**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTO NOTORIO (ai sensi dell’art. 47 del D.P.R. 28/12/2000, n.445)**

**Il /La sottoscritto/a** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( ) il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **C.F.** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N.\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**tel. Cellulare**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - **E-MAIL**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**Il rimborso delle spese sostenute per il trasporto da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nel periodo dal 01.10.2019 al 30.09.2020.**

**Allega alla presente:**

* **certificazione NUOVO ISEE 2020 (per i minori Isee familiare per i maggiorenni Isee ristretto);**
* **copia verbale L. 104/92 attestante il riconoscimento dello stato di handicap grave di cui all’art.3 comma 3;**
* **n. \_\_\_\_\_copie di ricevute (ricevute fiscali, fatture, biglietti treno o autobus) attestanti le spese viaggio sostenute dal 01.10.2019 al 30.09.2020 per un totale di €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;**
* **certificazione attestante la frequenza del relativo servizio oggetto del bando;**

**DICHIARA inoltre**

* di accettare le condizioni indicate negli avvisi pubblici che disciplinano il servizio;
* di essere consapevole delle sanzioni penali, che nel caso di dichiarazioni non veritiere, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, comporterà la revoca del beneficio goduto, oltre alla restituzione delle somme oggetto del contributo;
* di essere consapevole che l’Ente può utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione per fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (D.Lgs n.196/2003), compresi casi di trasmissione degli stessi dati a soggetti affidatari della gestione dei servizi per i quali i dati sono necessari e vengono richiesti;
* di acconsentire all’utilizzo del numero di cellulare e dell’eventuale utilizzo dell’indirizzo di posta elettronica per l’invio delle comunicazioni relative al procedimento;
* di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione a quanto sopra dichiarato;

**Allega fotocopia fronte/retro di documento di identità in corso di validità** ai sensi dell’art. 38 D.P.R.445/2000).

**Data** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma del Dichiarante**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**