

Alla ASL Rieti  
Distretto 1 Rieti – Antrodoco – S. Elpidio

**OGGETTO: Legge Regionale del 29 Dicembre 2014 N° 13 – Richiesta contributo per l'adattamento dei veicoli destinati al trasporto delle persone con disabilità permanente, affette da grave limitazione della capacità di deambulazione**

Io sottoscritt \_\_\_\_\_, nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

C.F \_\_\_\_\_, chiedo per me stesso

**oppure**

Io sottoscritt \_\_\_\_\_, nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

C.F \_\_\_\_\_ chiedo, per conto di: nome: \_\_\_\_\_

cognome: \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

codice fiscale: \_\_\_\_\_ ai sensi della legge regionale del 29

dicembre 2014, n. 13, l'erogazione del contributo del 20% delle spese sostenute per l'adattamento

del veicolo targato \_\_\_\_\_, destinato al trasporto di persone con disabilità

permanente, affette da grave limitazione delle capacità di deambulazione.

A corredo della domanda allego i seguenti documenti:

- 1) Fotocopia della Patente di guida;
- 2) Fotocopia della Carta d'identità;
- 3) Fotocopia del libretto di circolazione del veicolo;
- 4) Fotocopia della fattura dei lavori di adattamento del veicolo;
- 5) Dichiarazione che per lo stesso ammontare di spesa non sono stati richiesti e/o ottenuti contributi a carico del bilancio dello stato o di altri Enti Pubblici;
- 6) Coordinate bancarie dove effettuare il bonifico;
- 7) Copia del verbale rilasciato dalle commissioni competenti dove si evinca la specifica disabilità

- 8) Dichiarazione resa, ai sensi degli art. 46 e 47 del Decreto del Presidente della Repubblica del 28/12/2000 n° 455 e successive modifiche, dalla quale risulti il rapporto di parentela o convivenza tra il richiedente e l'eventuale beneficiario, se diverso dal richiedente

Sono consapevole che i dati, anche appartenenti alle categorie particolari di cui all'art. 9 del Regolamento 2016/679/UE, raccolti mediante il presente modulo e l'acquisizione dei relativi allegati saranno trattati dalla ASL di Rieti con sede in Via del Terminillo, 42 – 02100 Rieti quale titolare del trattamento esclusivamente per la gestione in tutte le sue fasi della richiesta di contributo. Base giuridica del trattamento si rinviene nell'essere lo stesso necessario per motivi di interesse pubblico sulla base del diritto nazionale (art. 9, par. 2 lett. g) del Regolamento). Il conferimento di tutti i dati richiesti è obbligatorio per legge e la scelta di non fornirli determina l'impossibilità di dare seguito alla presente istanza. I dati - che non saranno diffusi, ma che verranno comunicati a Regione Lazio la quale, come autonomo titolare, verificherà la conformità ai requisiti di legge onde assegnare all'ASL di Rieti le risorse finalizzate al rimborso del 20% della spesa sostenuta - salvi obblighi di legge o eventuale contenzioso, verranno conservati per il periodo necessario alla definizione della richiesta per quanto di competenza dell'ASL di Rieti. I diritti di cui agli artt. 15 e ss. del Regolamento citato possono essere esercitati dall'interessato rivolgendosi al titolare ai recapiti sopra indicati e anche per il tramite del Responsabile Protezione Dati sempre raggiungibile all'indirizzo [dpo@asl.rieti.it](mailto:dpo@asl.rieti.it).

Distinti saluti

Luogo e data \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma leggibile)

### Dichiarazione

Io sottoscritt\_ \_\_\_\_\_, nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Codice

Fiscale \_\_\_\_\_, e residente a \_\_\_\_\_ in Via

\_\_\_\_\_ dichiaro di non avere richiesto e/o ottenuto alcun contributo a

carico del Bilancio dello Stato o di altri Enti Pubblici, per la spesa di € \_\_\_\_\_

(in lettere Euro \_\_\_\_\_) da me sostenuta per la modifica agli strumenti di

guida.

Luogo e data \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma leggibile)

\*\*\*\*\*

Io sottoscritt\_ \_\_\_\_\_, nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente  
a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_, dichiaro che la fotocopia allegata  
della mia patente di guida Cat. \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ rilasciata da \_\_\_\_\_  
di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ corrisponde all'originale:

Distinti saluti

Luogo e data \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma leggibile)

IBAN

**Modello per l'autodichiarazione ai sensi degli art. 46 e 47 del decreto del Presidente della Repubblica del 28/12/2000 n° 445 e successive modifiche ed integrazioni.**

Io sottoscritto/a nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ provincia di \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, in qualità di richiedente il contributo per l'adattamento di veicoli destinati al trasporto delle persone con disabilità permanente, affette da grave limitazione della capacità di deambulazione, ai sensi della legge regionale del 29 dicembre 2014 n° 13 per conto di nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

dichiaro

ai sensi degli articoli 46 e 47 del Decreto del Presidente della Repubblica del 28/12/2000 n° 445 e successive modifiche ed integrazioni, che tra il sottoscritto e il/la Sig/ra nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ provincia di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, sussiste un

- Legame di parentela \_\_\_\_\_
- Legame di convivenza

Luogo e data \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_