

Al Comune di Comiso
Ufficio Servizi Sociali
c/o Ufficio protocollo via Papa Giovanni XXIII
mail: protocollo@comune.comiso.rg.it

Oggetto: richiesta trasporto disabili

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____

residente a Comiso, via _____ Tel _____

CHIEDE

di poter usufruire del servizio di trasporto in oggetto

- ☐ per se stesso
- ☐ per il/la proprio/a _____

Nome e Cognome _____ nato/a a _____ il _____

residente a Comiso in via _____

PER

- ☐ Trasporto scolastico presso la scuola _____
- ☐ Terapie riabilitative presso il C.S.R. _____

DICHIARA

- che il nucleo familiare del disabile è così composto

COGNOME	NOME	PARENTELA	ATTIVITA' LAVORATIVA

-che il disabile, in atto, usufruisce dei seguenti servizi socio-assistenziali _____

Si allega alla presente:

1. Certificato portatore di handicap ai sensi della legge 104/92;
2. Piano Terapeutico del Centro Riabilitativo (solo in caso di trasporto per terapie riabilitative)
3. ISEE in corso di validità;
4. Scheda individuazione Cooperativa tra i soggetti accreditati;
5. Fotocopia documento di riconoscimento del richiedente e del disabile (se soggetti diversi).

Comiso, li _____

Il Richiedente