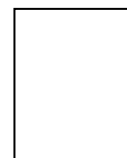


MODELLO DI DOMANDA



Alla Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia
Direzione Salute e Protezione Sociale
Servizio interventi e servizi sociali
Riva Nazario Sauro, 8
34100 Trieste

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a
_____, il _____, residente a _____, in
via _____ n. _____, telefono n. _____, fax n.
_____, e-mail _____, codice fiscale

in stato di permanente impossibilità di deambulazione;

oppure:

- esercente la potestà o tutela
- amministratore di sostegno
- convivente della persona disabile che la ha fiscalmente a carico

di (dati della persona disabile):

nome e cognome _____, nato/a a
_____, il _____, residente a
_____, in via _____ n. _____,

in stato di permanente impossibilità di deambulazione;

CHIEDE la concessione del contributo per (barrare la relativa casella):

- 1) ACQUISTO E ADATTAMENTO DI AUTOVEICOLO PER IL TRASPORTO PERSONALE DI DISABILI FISICI (art. 5, comma 1, lettera a)**

2) ACQUISTO DI AUTOVEICOLO ADATTATO PER IL TRASPORTO PERSONALE DI DISABILI FISICI (art. 5, comma 1, lettera b)

3) ADATTAMENTO DI AUTOVEICOLO PER IL TRASPORTO DI DISABILI FISICI (art. 5, comma 1, lettera c)

4) CONSEGUIMENTO DI PATENTE SPECIALE PER L'ABILITAZIONE ALLA GUIDA (art. 5, comma 1, lettera d)

tipo di patente: **A** **B** **C**

e, a tal fine, valendosi delle disposizioni di cui agli articoli 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle sanzioni previste dall'articolo 76 e della decadenza dei benefici prevista dall'articolo 75 del DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la sua responsabilità **DICHIARA:**

- di non aver presentato domande di contributo ad altri enti pubblici per lo stesso fine
- che il valore dell'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) del proprio nucleo familiare non supera i 25.000,00 euro
- che il valore dell'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) del proprio nucleo familiare non supera gli 11.000,00 euro
- che l'importo pattuito per la compravendita dell'autoveicolo usato è pari a euro _____(articolo 6, comma 2, lettera c)

e **ALLEGA** i seguenti documenti:

- certificato attestante la permanente impossibilità di deambulazione (articolo 4)
- preventivo di spesa di data non anteriore a 60 giorni

CHIEDE che il contributo sia liquidato mediante:

- accreditamento su conto corrente bancario n. _____ aperto presso l'Istituto di Credito _____ dipendenza _____ codice CIN _____, codice ABI _____, codice CAB _____ intestato al creditore
- accreditamento su conto corrente postale n. _____ intestato al creditore
- emissione di assegno circolare non trasferibile intestato al creditore
- altro _____

Luogo e data _____

Firma