

**REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA
AZIENDA PER L'ASSISTENZA SANITARIA
N°1 – TRIESTINA**

VIA GIOVANNI SAI, 1-3 – 34128 TRIESTE

All'Azienda per l'Assistenza Sanitaria
n. 1 "Triestina"
S.S.D. Riabilitazione Distretto ____

**OGGETTO: L.R. 5 febbraio 1992, n. 104, art. 27 e s.m. e i. D.G.R. n. 1763/2003.
Art. 5, comma 2 D.lgs 126/2005 e art. 5 L.R. 19/2006.**

Richiesta di contributo alla spesa per la modifica agli strumenti di guida, nella misura del 20% a favore dei titolari di patente di guida A, B o C speciali, con incapacità motorie permanenti.

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____, provincia di _____ il _____
residente a _____, provincia di _____ in via
_____ n. _____, C.A.P. _____.
tel. _____, Codice Fiscale _____ in
possesso del riconoscimento dello stato di handicap ai sensi della l. 104/1992, titolare della
patente di guida speciale cat. _____ n. _____
rilasciata in data _____ dalla Prefettura di _____

CHIEDE

che gli/le venga concesso il contributo, nella misura prevista dalla legge in oggetto, alla spesa complessiva di € _____, sostenuta per la modifica agli strumenti di guida del veicolo in uso con targa _____.

Si allegano alla presente domanda i seguenti documenti:

1. Autocertificazione della residenza;
2. Patente speciale;
3. Copia del libretto di circolazione;
4. Documentazione in originale della spesa sostenuta;
5. Autocertificazione di non aver richiesto e/o ottenuto contributi a carico del bilancio dello Stato o di altri Enti pubblici per la medesima spesa.

Luogo e data _____

Firma _____

Il sottoscritto, ai sensi del DLgs 196/2003 e ss. mm. e ii. (codice sulla privacy) esprime il proprio consenso al trattamento dei dati riportati nella presente dichiarazione con riferimento al procedimento per il quale la dichiarazione è stata rilasciata

Luogo e data _____

Firma _____