**RICHIESTA CONTRIBUTO ALLA SPESA PER LA MODIFICA AGLI STRUMENTI DI GUIDA DA PARTE DI TITOLARI DI PATENTE DI GUIDA DI CATEGORIA A, B o C SPECIALI CON INCAPACITA’ MOTORIE PERMANENTI - Legge n. 104/92, art.27**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI E DI ATTO DI NOTORIETA’**

(artt. 46 e 47, D.P.R. 28/12/2000, n. 455)

 **Spett.le ASST di CREMA**

Il/la sottoscritto/a ……………………….………………………………………………………………………………………………………………

Nato/a a ……………………………………………………….………………. Prov. .………… il …………………………………………………..

Codice fiscale ……………………………………………………………………………………………………

Domiciliato nel Comune di ………………………………………………………………………………………… CAP ……………………….

Indirizzo (via/piazza n° civico) ………………………………………………………………………………………………………………………

Telefono .……………………………………………………….. telefono cellulare ……………………………………………………………….

e-mail …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

titolare della patente di guida categoria ……………. speciale n. ……….……………..…………………… rilasciata in data

……………………………………………. dalla Prefettura o M.C.T.C. di ………………………………………………………………………….

**chiede**

l’assegnazione di un contributo, ai sensi della Legge n. 104/1002 art. 27, nella misura del 20% prevista dalla legge, alla spesa di € ……………………………………………, compresa IVA, sostenuta per la modifica agli strumenti di guida del veicolo in uso targato ……………………………………….

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali in cui può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità dichiara:

* di essere residente nel Comune di ..………………………………………………………………………….. Prov. …….…….;
* di non aver richiesto contributi ad altri Enti per le medesime modifiche oggetto della presente istanza. (In caso positivo, indicare l’Ente pubblico erogatore e l’entità del contributo ricevuto: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….)
* di non aver beneficiato negli ultimi **quattro anni** di analogo contributo ai sensi della Legge 5 febbraio 1992 n. 104 art. 27 per l’adeguamento del medesimo veicolo o di altri veicoli. (In caso positivo, indicare l’anno in cui è stato concesso il contributo: ……………………………………)
* di essere a conoscenza che in sede di denuncia dei redditi (detrazione fiscale) il contributo ricevuto sulla/e fattura/e allegata/e dovrà essere dichiarato;
* di essere a conoscenza che, in caso di falsità in atti e/o di dichiarazioni mendaci, si è soggetti alle sanzioni previste dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia, secondo quanto disposto dall’art. 76 del DPR 28/12/2000, n. 445/2000;
* di essere a conoscenza che ASST trasferirà la presente domanda, completa di allegati, ad ATS della Val Padana per l’erogazione del contributo richiesto.

Per la liquidazione del contributo, laddove riconosciuto, si invita ad accreditare il relativo importo sul conto corrente identificato dalle seguenti coordinate bancarie/postali:

|  |  |
| --- | --- |
| Istituto bancario o ufficio postale | Filiale/agenzia di: |
| Codice IBAN del conto corrente (27 caratteri)I | T | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cognome e nome dell’intestatario del conto corrente | Codice fiscale dell’intestatario del conto corrente| | | | | | | | | | | | | | | |  |
| Comune di residenza dell’intestatario del conto corrente | Via e numero civico |

Si allegano i seguenti documenti:

* fattura/e emessa/e dalla ditta fornitrice, da cui risultino in dettaglio le modifiche apportate agli strumenti di guida ed i relativi costi;
* quietanza/e di pagamento (contabile bancaria/ricevuta o fotocopia assegno);
* fotocopia della patente speciale di guida (riportante i codici corrispondenti alle modifiche consentite);
* fotocopia del libretto di circolazione del veicolo;
* dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà, attestante la conformità all’originale dei documenti prodotti in copia.

Luogo e data …………………………………………………….. X \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (firma del richiedente)

**Informativa privacy ai sensi del Regolamento 679/2016/UE**

Si comunica che tutti i dati personali (comuni identificativi, particolari e/o giudiziari) comunicati alla ASST di Crema saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste dal Regolamento 679/2016/UE. Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici. Il Titolare del trattamento dei dati personali è ASST di Crema. L’Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento 679/2016/UE. L’informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento 679/2016/UE è reperibile presso gli uffici aziendali e consultabile sul sito web dell’Ente. I dati di contatto del Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei dati individuato dal Titolare sono reperibili sul sito istituzionale dell’Ente.

Per la consegna della domanda e per qualsiasi ulteriore precisazione sul beneficio oggetto della presente domanda rivolgersi, in base alla residenza, a:

|  |  |
| --- | --- |
| ASST CREMONA:Dr.ssa Sabrina Nozza BielliPUA Casa di Comunità - Via S. Sebastiano 14 Edificio A - Cremona (CR) | Tel. 0372/408705e-mail: pua.cdc.cremona@asst-cremona.it |
| ASST CREMA: Dr.ssa Daniela GrassiniConsultorio Familiare - Via Manini 21 - Crema (CR) | Tel. 0373/218220e-mail: consultorio@asst-crema.it  |
| ASST MANTOVA: Dr.ssa Donatella Terzi Casa di Comunità - S.S. Goitese 313 - Goito (MN)sostitutaDr.ssa Francesca BianchettiCentro Multiservizi - Via Garibaldi 16 - Castiglione delle Stiviere (MN) | Tel. 0376/435758e-mail: donatella.terzi@asst-mantova.it Tel. 0376/435735e-mail: francesca.bianchetti@asst-mantova.it  |

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ATTO DI NOTORIETA’**

(art.4 Legge 4 gennaio 1968 n.15)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

valendomi delle disposizioni di cui agli artt. 19 e 47 del DPR 445/2000 e consapevole che l’Amministrazione che riceve la presente potrà effettuare controlli sulla veridicità di quanto dichiarato,

**DICHIARO**

che i documenti prodotti in copia, allegati alla domanda di contributo alla spesa per la modifica agli strumenti di guida a favore dei titolari di patente di guida di categoria A, B o C speciali con incapacità motorie permanenti, sono conformi agli originali.

Di seguito si elencano i documenti che vengono prodotti in copia:

1. Patente di guida n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rilasciata in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Libretto di circolazione del veicolo targato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo - Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In fede

Firma del/la dichiarante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_