

# Trasporto disabili

Al Sindaco  
del Comune di  
Marigliano

Io sottoscritto .....

nato a .....il.....

residente a .....

via ..... n.....

## CHIEDE

di poter usufruire del trasporto presso i centri di riabilitazioni

### A TAL FINE DICHIARA

- di essere titolare di un reddito individuale lordo pari € \_\_\_\_\_
- di essere un soggetto con un'invalidità non inferiore al \_\_\_% dichiarato non deambulante o con gravi problemi alla deambulazione nel certificato attestante l'invalidità;
- di essere un soggetto temporaneamente impedito nell'uso dei mezzi di trasporto pubblico come certificato dal proprio medico curante.

### DICHIARA ALTRESI'

- di non possedere o guidare un'autovettura attrezzata per il proprio handicap;
- di non essere titolare di abbonamento, anche agevolato, per la rete dei trasporti pubblici;
- di non essere utente di altri servizi pubblici di trasporto appositamente attrezzati per soggetti a ridotta capacità motoria.

### ALLEGA ALLA PRESENTE DOMANDA

- certificato di invalidità rilasciato dalle apposite commissioni insediate nella USL competente o certificato di temporaneo impedimento all'uso dei mezzi di trasporto pubblico rilasciato dal medico curante;
- copia della dichiarazione dei redditi.

Dichiara

- inoltre di essere consapevole delle sanzioni penali previste in caso do dichiarazioni false
- che il recapito di cui l'ufficio deve inviare le comunicazioni è il seguente:

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Via/piazza \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

Località \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_

Li, \_\_\_\_\_

Il Dichiarante

\_\_\_\_\_