

REGIONE AUTONOMA FRIULI-VENEZIA GIULIA
Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 2 "Bassa Friulana-Isontina"
DISTRETTO SANITARIO ALTO ISONTINO
SEDE OPERATIVA DI CORMONS

AL DIRETTORE GENERALE
A.A.S. n. 2 "Bassa Friulana-Isontina"

Per il tramite del
Distretto Sanitario "Alto Isontino"
V.le Venezia Giulia, 74 – 34071 Cormons

Oggetto: Legge 5 febbraio 1992, n. 104, art. 27 – contributi alla spesa per la modifica agli strumenti di guida, nella misura del 20% a favore di titolari di patente di guida A, B o C speciali, con incapacità motorie permanenti.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ Codice Fiscale _____ residente a _____
_____ in via _____ n° _____
titolare della patente di guida speciale cat. _____ n° _____ rilasciata in data
_____ dalla Prefettura/Motorizzazione Civile di _____,
chiede un contributo, nella misura prevista dalla legge in oggetto, alla spesa di Euro _____,
sostenuta per la modifica agli strumenti di guida della propria autovettura.

A corredo della domanda allega i seguenti documenti:

- a) autocertificazione di residenza in carta semplice;
- b) copia della patente di guida (1);
- c) copia del libretto di circolazione del veicolo (1);
- d) fattura dei lavori di modifica degli strumenti di guida del veicolo eseguiti direttamente dalla fabbrica o da altra ditta (1);
- e) dichiarazione che per lo stesso ammontare di spesa non sono stati richiesti e/o ottenuti contributi a carico del bilancio dello Stato o di altri Enti Pubblici (2);
- f) copia del verbale Legge 104/92 (1).

Con osservanza.

Firma leggibile per esteso

Data _____

-
- (1) in copia autenticata (la copia autentica è possibile ottenerla presso l'ufficio amministrativo del Distretto Sanitario "Alto Isontino", previa esibizione del documento originale);
 - (2) diversamente, dichiarare l'Ente Pubblico erogatore e l'entità del contributo ricevuto.
-

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE AUTONOMA FRIULI-VENEZIA GIULIA
Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 2 "Bassa Friulana-Isontina"
DISTRETTO SANITARIO ALTO ISONTINO
SEDE OPERATIVA DI CORMONS

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(art. 46 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445)

Io sottoscritto/a nato/a a il
e residente a consapevole
delle conseguenze penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 nel caso di rilascio di false
dichiarazioni, formazione ed uso di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità,

DICHIARO

.....
.....
.....
.....
.....

Luogo e data

Il dichiarante

.....

Dichiarazione ai sensi dell'art. 10 della Legge 675/96

Dichiaro di essere stato informato che i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del
procedimento per i quali sono richiesti ed esprimo il mio consenso al trattamento degli stessi esclusivamente a
tale scopo.

Luogo e data

Il dichiarante

.....

N.B. nel caso in cui la dichiarazione non venga sottoscritta in presenza del funzionario incaricato il sottoscrittore
deve allegare copia fotostatica di un valido documento di riconoscimento.

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE AUTONOMA FRIULI-VENEZIA GIULIA
Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 2 "Bassa Friulana-Isontina"
DISTRETTO SANITARIO ALTO ISONTINO
SEDE OPERATIVA DI CORMONS

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(art. 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445)

Io sottoscritto/a nato/a a il
e residente a consapevole
delle conseguenze penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 nel caso di rilascio di false
dichiarazioni, formazione ed uso di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità,

DICHIARO

.....
.....
.....

Luogo e data

Il dichiarante

.....

Attesto che il dichiarante, identificato in base a
rilasciata da il ha reso e sottoscritto in mia presenza
la su estesa dichiarazione.

Luogo e data

Il funzionario incaricato

Timbro dell'ufficio

(cognome e nome)

(qualifica)

(firma)

Dichiarazione ai sensi dell'art. 10 della Legge 675/96

Dichiaro di essere stato informato che i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del
procedimento per il quale sono richiesti ed esprimo il mio consenso al trattamento degli stessi esclusivamente a
tale scopo.

Luogo e data

Il dichiarante

.....

N.B. nel caso in cui la dichiarazione non venga sottoscritta in presenza del funzionario incaricato il sottoscrittore
deve allegare copia fotostatica di un valido documento di riconoscimento.