Marca da bollo (€ 16,00)

All'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 2
Via Vittorio Veneto n. 174
34170 Gorizia

Il/La sottoscritto/a……..nato/a a …….

Il …… residente in ……., via …….n. ……..

tel. …… 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 ha fisicamente a carico (indicare i dati della persona disabile)

  nome e cognome …… nato/a a ……

  il …… residente in ……., via …… n……

  in stato di permanente impossibilità di deambulazione;

CHIEDE

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

☐ 1) **ACQUISTO DI AUTOVEICOLO NUOVO O USATO DESTINATO AD ESSERE ADATTATO PER IL TRASPORTO DI DISABILI FISICI E RELATIVI INTERVENTI DI ADATTAMENTO (art.5, comma 1, lettera a) e lettera b)**

☐ 2) **SOLO ADATTAMENTO DI AUTOVEICOLO PER IL TRASPORTO PERSONALE DI DISABILI FISICI (art. 5, comma 1, lettera b)**

☐ 3) **ACQUISTO DI AUTOVEICOLO USATO GIA' ADATTATO 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 artt. 46 e 47 del DPR 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 e della decadenza dai benefici prevista dall'art. 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 11.000,00 euro;
- ☐ che il valore dell'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) del proprio nucleo familiare è compreso tra 11.001,00 euro e 25.000,00 euro;
- ☐ che l'importo pattuito per la compravendita dell'autoveicolo usato è pari a euro _____(art.6 comma 2, lettera c);
- ☐ che le copie dei documenti presentati a corredo della domanda sono conformi agli originali (in tal caso allegare copia di un documento di identità valido)

ALLEGA

I seguenti documenti:

- ☐ certificato attestante la permanente impossibilità di deambulazione (art. 4)
- ☐ preventivo di spesa dettagliato di data non anteriore a 60 giorni (art. 6, commi 2 bis e 3)

CHIEDE

che il contributo sia liquidato mediante:

- ☐ accreditamento su conto corrente bancario aperto presso _____ codice IBAN _____intestato al creditore
- ☐ accreditamento su conto corrente postale codice IBAN _____ intestato al creditore

Luogo e data _____ Firma _____