

**OGGETTO: domanda di contributo, nella misura prevista dalla Legge 5/2/92 n. 104, art. 27, pari al 20%, delle spese sostenute, per la modifica agli strumenti di guida del veicolo in uso, a favore dei titolari di patente di guida speciali A, B e C, con incapacità motorie permanenti.**

**Al Direttore del Distretto Socio Sanitario n. \_\_\_\_\_**  
**E-mail \_\_\_\_\_**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

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

codice fiscale \_\_\_\_\_

residente nel comune di \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

titolare della patente speciale di guida n. \_\_\_\_\_ categoria \_\_\_\_\_

rilasciata il \_\_\_\_\_ dalla Prefettura o M.C.T.C. di \_\_\_\_\_

**chiede**

l'assegnazione del contributo previsto ai sensi della Legge 05 febbraio 1992 n. 104, art. 27, pari al 20% delle spese sostenute di € \_\_\_\_\_ per la modifica agli strumenti di guida del veicolo in uso.

Il/La sottoscritto/a è a conoscenza che il predetto contributo viene erogato una sola volta per ogni autoveicolo di proprietà, 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 e/o ottenuto per lo stesso ammontare di spesa, contributi a carico del bilancio dello Stato o di altri enti pubblici;
- di non aver richiesto per lo stesso autoveicolo alcun contributo allo stesso Servizio Strategie e Governo dell'Assistenza Territoriale (SGAT);

Si allegano i seguenti documenti:

- copia della patente di guida speciale in corso di validità;
- copia codice fiscale;
- copia del libretto di circolazione del veicolo (anche se intestato a familiare che abbia fiscalmente a carico il disabile);
- copia fattura dei lavori di modifica agli strumenti di guida del veicolo quietanzata;
- copia verbale della Commissione Medica Locale con la prescrizione degli adattamenti agli strumenti di guida autorizzati;
- copia verbale accertamento dell'handicap ai sensi della Legge n. 104/1992.

Chiede, inoltre, l'accreditamento dell'importo sul conto corrente a me intestato/cointestato indicando il seguente codice IBAN:

| I T | \_ \_ \_ | \_ | \_ \_ \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ |

#### NOTE INFORMATIVE

La consegna della domanda e la relativa documentazione potranno avvenire con una delle seguenti modalità:

- a mano presso l'Ufficio Protesi del DSS n. \_\_\_\_\_;
- a mezzo pec all'indirizzo del distretto di competenza: dss1.aslbat@pec.rupar.puglia.it  
dss2.aslbat@pec.rupar.puglia.it  
dss3.aslbat@pec.rupar.puglia.it  
dss4.aslbat@pec.rupar.puglia.it  
dss5.aslbat@pec.rupar.puglia.it

Ai sensi e per gli effetti del D.Lgs 196/03 e successive modificazioni e integrazioni e del GDPR UE/2016/679 si informa che:

1. il conferimento dei dati personali è indispensabile per poter accedere ai benefici di cui alla presente istanza;
2. i dati personali e sensibili, contenuti nella presente istanza e nella documentazione sanitaria ad essa connessa, saranno oggetto di trattamento esclusivamente da parte da parte della ASL BT ai fini della definizione dell'istanza stessa, nonché della liquidazione delle competenze accertate;
3. il trattamento dei dati sarà effettuato mediante archiviazione manuale e automatizzata nel sistema informatico della ASL BT;
4. Titolare del trattamento dei dati è la ASL BT, il cui Legale Rappresentante è la Direttrice Generale, domiciliata, agli effetti della carica, in Andria alla Via Fornaci n. 201. Responsabile, per l'ambito di rispettiva competenza, ai sensi dell'art. 29 del D.Lvo 196/03, è il Direttore del Distretto Socio Sanitario n. 5;
5. Il/La sottoscritto/a autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. N. 196/2003 e dall'art. 13 del Regolamento Europeo sulla protezione dei dati (GDPR 2016/6/679).

(firma estesa leggibile)

(Luogo e data)

(firma estesa leggibile)

**NB:** L'evasione della domanda avviene di norma annualmente, sulla base del fondo assegnato all'ASL BT da parte della Regione Puglia. Le domande sono valutate in conformità a un ordine temporale determinato dalla data di presentazione, quindi, di protocollazione, delle pratiche complete.

Nel caso in cui la domanda sia presentata incompleta, la stessa sarà sospesa con conseguente richiesta d'integrazione documentale.

Si ricorda che le dichiarazioni sostitutive sono rilasciate dal richiedente consapevole che ai sensi dell'articolo 76 del TU 445/00: "chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente TU è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia". Qualora dai controlli effettuati in base all'art. 71 del TU 445/00 dovesse emergere la non veridicità del contenuto della dichiarazione, "il dichiarante decade immediatamente dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera" (art. 75 TU 445/2000).