

**COMUNE DI MONTE DI PROCIDA***Città Metropolitana***Settore XII – Servizi Sociali, Cultura, Turismo, Informatizzazione**via Panoramica, 10 – Monte di Procida | tel. 0818684246 -27- protocollo@pec.comune.montediprocida.na.it**Al Sindaco****del Comune di Monte di Procida**-----
sedeOggetto: **Richiesta contributo ex L.R. 11/1984.**

Il/La sottoscritt_____

nat_ a _____ il ____ / ____ / _____ , residente a

Monte di Procida in via _____ n. _____

Codice fiscale _____ Recapito telefonico _____

CHIEDE

alla s.v., ai sensi della L.R. n. 11/1984, un contributo per le spese di trasporto dell'invalide

_____ nat_ a _____ il ____ / ____ / _____ , presso il centro

_____ sito in _____.

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali presenti nel cv ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

Data _____

Firma

Si allegano:

- Modello Isee
- Documento di identità del richiedente
- Copia del provvedimento di legge che attesta la disabilità

Ai fini della riscossione del contributo si comunica il seguente IBAN per accredito in conto corrente bancario:

_____ Data _____

Firma
