

Alla presente allega:

Per portatori di handicap in situazione di **gravità** (Legge 104/92 - Art.3 Comma 3)

- Copia autentica del certificato dell'ASP competente, rilasciato ai sensi della L.104/92 attestante il grado dell'handicap
- Certificato dell'Azienda Sanitaria Provinciale – Servizio di Neuropsichiatria Infantile - attestante la non deambulazione o la condizione di non poter utilizzare il mezzo pubblico

Per portatori di handicap in situazione di **non gravità** (Legge 104/92 – Art.3 Comma 1)

- Copia autentica del certificato dell'ASP competente, rilasciato ai sensi della L.104/92 attestante il grado dell'handicap

- Certificato attestante i giorni di effettiva frequenza scolastica relativa all'anno 2009 / 2010 rilasciato dalla scuola
- Fotocopia del documento di riconoscimento del dichiarante
- Fotocopia del codice fiscale del dichiarante e del minore

Il sottoscritto/a dichiara, inoltre, di essere consapevole che la non rispondenza a verità di tutti i dati e dichiarazioni contenuti nella presente comporta decadenza dei benefici ottenuti, salva l'eventuale responsabilità penale.

Il sottoscritto/a autorizza il trattamento dei propri dati personali relativamente ai soli fini dello svolgimento del procedimento per l'ottenimento del contributo

Il sottoscritto/a chiede che ogni comunicazione che lo riguarda sia inviata al seguente indirizzo:

_____ Tel. _____

Catania, li _____

FIRMA
