

Marca da Bollo
€ 16

RICHIESTA CONTRIBUTO MODIFICA STRUMENTI DI GUIDA L. 104/1992

OGGETTO: legge 5 febbraio 1992 n. 104 art. 27, contributo alla spesa per la modifica agli strumenti di guida, nella misura del 20% a favore dei titolari di patente di guida a - b - c speciali, con incapacità motorie permanenti.

Il sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
codice fiscale _____, tel. _____
residente a _____ cap _____
via _____ n. _____
titolare di patente di guida speciale cat _____ n° _____
rilasciata in data _____ dalla Prefettura di _____
chiede un contributo, nella misura prevista dalla legge in oggetto, alla spesa di € _____
sostenuta per la modifica agli strumenti di guida del veicolo in uso.

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di affermazioni mendaci, dichiara 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.
- Per lo stesso ammontare di spesa sono stati richiesti e/o ottenuti per € _____ Ente Erogatore

Il sottoscritto, in relazione alle modalità di accreditamento del contributo, comunica la propria scelta:

- Accredito sul c/c bancario n° _____ presso Banca _____
Sede/Agenzia/Filiale di _____
codice IBAN _____
- Assegno circolare da inviare al Sig. _____
via _____ n° _____
località _____

Allega Inoltre:

1. Copia della patente di guida
2. Copia del libretto di circolazione del veicolo
3. Originale della fattura dei lavori di modifica degli strumenti di guida
4. Copia del verbale di accertamento del diritto di usufruire dei benefici previsti dalla Legge 104/92
5. Copia del certificato medico legale attestante gli adattamenti al veicolo prescritti. Rilasciato dalla Commissione medico legale (Commissione patenti) con i codici di modifica al veicolo.

Luogo e data

Firma del dichiarante

Informativa sul trattamento dei dati personali:

L'Azienda USL Toscana sud est con sede in Arezzo, via Calamandrei, 173, in qualità di titolare del trattamento, la informa che tutti i dati personali che la riguardano, compresi quelli sensibili e giudiziari, raccolti attraverso la compilazione del presente modulo, saranno trattati in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal Codice, nonché dalla legge e dai regolamenti, al fine di svolgere le funzioni istituzionali in materia fiscale, assistenziale e amministrativa su base sanitaria.

Il trattamento dei dati avverrà, anche con l'utilizzo di strumenti elettronici, ad opera di dipendenti dell'Azienda opportunamente incaricati e istruiti, attraverso logiche strettamente correlate alle finalità per le quali sono raccolti; eccezionalmente potranno conoscere i suoi dati altri soggetti, che forniscono servizi o svolgono attività strumentali per conto dell'Azienda USL Toscana sud est e operano in qualità di Responsabili designati dall'Ente. Il loro elenco completo ed aggiornato è disponibile sul sito www.uslsudest.toscana.it.

I suoi dati personali potranno essere comunicati, se strettamente necessario per la definizione della pratica, ad altri soggetti pubblici o istituti di credito.

Il conferimento dei dati è obbligatorio e la mancata fornitura potrà comportare impossibilità o ritardi nella definizione dei procedimenti che la riguardano.

L' Azienda USL Toscana sud est la informa, infine, che è nelle sue facoltà esercitare il diritto di accesso previsto dall'art. 7 del Codice, rivolgendosi direttamente al Direttore della Struttura Complessa competente all'istruttoria della presente domanda.