



*Città di Giugliano in Campania*

*Città metropolitana di Napoli*

SETTORE SERVIZI SOCIALI – ISTRUZIONE – SPORT – CULTURA



AMBITO N14

COMUNE CAPOFILA: COMUNE DI GIUGLIANO IN CAMPANIA

**Prot. Gen. dell'Ente**

---

**Richiesta di Accesso al Servizio di Assegno Individuale:  
Contributo spese di trasporto per frequenza Centro Riabilitativo**

La/il sottoscritta/o \_\_\_\_\_, nata/o a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ e residente nel Comune di \_\_\_\_\_, in via /piazza  
\_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_,

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ in qualità di (Genitore, Curatore, Tutore, AdS o altro  
specificare) \_\_\_\_\_

*consapevole della responsabilità penale prevista dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci;*

ai fini dell'eventuale attivazione del servizio di Assegno Individuale: Contributo spese di trasporto per frequenza Centro Riabilitativo, **attesta e dichiara quanto segue:**

Cognome e nome del Beneficiario \_\_\_\_\_

Data e luogo di nascita \_\_\_\_\_

Domicilio / Residenza (Comune e indirizzo) \_\_\_\_\_

Centro Riabilitativo frequentato \_\_\_\_\_

Conto corrente postale o bancario (intestato al Genitore, Curatore, Tutore, AdS o altro specificare)

INTESTATO A \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

*Si specifica che:*

- il certificato di frequenza deve essere consegnato mensilmente entro il 15° giorno del mese successivo a quello di riferimento al Protocollo Generale dell'Ente;
- la presente istanza ha validità fino al 31 dicembre dell'anno in corso.

Giugliano in Campania, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma del richiedente (Curatore, Tutore, AdS o altro specificare) \_\_\_\_\_



*Città di Giugliano in Campania*

*Città metropolitana di Napoli*

SETTORE SERVIZI SOCIALI – ISTRUZIONE – SPORT – CULTURA



AMBITO N14

COMUNE CAPOFILO: COMUNE DI GIUGLIANO IN CAMPANIA

*Il/La sottoscritto/a, in merito al trattamento dei dati personali esprime il consenso al trattamento degli stessi nel rispetto delle finalità e modalità di cui al D.Lgs. n. 196/03 (Codice in materia di protezione dei dati personali) e del GDPR (Regolamento UE 2016/679).*

Giugliano in Campania, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma del richiedente (Curatore, Tutore, AdS o altro specificare) \_\_\_\_\_

Documenti da allegare all'ISTANZA:

1. Autorizzazione per le prestazioni sanitarie riabilitative ASL Napoli 2 Nord DS 37;
2. Copia Decreto riconoscimento Legge n. 104/1992;
3. Copia Decreto riconoscimento Invalidità Civile;
4. Fotocopia di un documento di riconoscimento valido del soggetto richiedente e/o del beneficiario.



*Città di Giugliano in Campania*

*Città metropolitana di Napoli*

SETTORE SERVIZI SOCIALI – ISTRUZIONE – SPORT – CULTURA



AMBITO N14

COMUNE CAPOFILA: COMUNE DI GIUGLIANO IN CAMPANIA

### MISURA DEL CONTRIBUTO

1) Per Distanze superiori o pari alla distanza tra Comune Giugliano e Comune di Marano di Napoli

N. frequenze <b>settimanali</b>	Importo <b>mensile</b> forfettario del contributo €
6 gg a settimana	77,00
5 gg a settimana	60,00
4 gg a settimana	48,00
3 gg a settimana	36,00
2 gg a settimana	24,00

Per frequenze inferiori verrà corrisposto un importo giornaliero di € **3,00**

2) Per Distanze inferiori

N. frequenze <b>settimanali</b>	Importo <b>mensile</b> forfettario del contributo €
6 gg a settimana	31,00
5 gg a settimana	25,00
4 gg a settimana	20,00
3 gg a settimana	15,00
2 gg a settimana	10,00

Per frequenze inferiori verrà corrisposto un importo giornaliero di € **1,25**

Per beneficiari appartenenti al medesimo nucleo familiare che frequentano nei medesimi giorni ed orari, verrà corrisposto un unico contributo

Per sedute di terapia effettuate nel medesimo giorno ed in orari consecutivi, verrà corrisposto un unico contributo.

### MODALITÀ DI PRESENTAZIONE ISTANZA

Istanza da presentare con le modalità di cui al modello “ Richiesta di accesso al servizio” allegato.