

ALLA REGIONE SARDEGNA
c/o ATS-ASSL ORISTANO
Ufficio Assistenza Protesica
Via Carducci, 35

ORISTANO

OGGETTO: contributo per modifica autovettura in favore di soggetti disabili titolari di patente di guida speciale.

_ I _ sottoscritt _____ nat_ il ____/____/____ a _____

provincia di _____ residente _____ via/piazza _____ n° _____,
telefono _____, chiede, ai sensi dell'art. 27 della Legge n° 104 del
05.02.92, la concessione di un contributo pari al 20% della spesa sostenuta per la
modifica degli strumenti di guida della propria autovettura, quale sussidio protesico
extratariffario.

Allo scopo dichiara di essere in possesso dei requisiti previsti dalla sopra citata norma
legislativa ed in particolare di essere:

- 1) Proprietario dell'autovettura nella quale è stata apportata la modifica (allegare fotocopia della carta di circolazione).
- 2) Titolare di patente di guida di categoria speciale (allegare fotocopia patente con validità confermata al _____).
- 3) Portatore di infermità con incapacità motorie permanenti (allegare fotocopia di attestazione della competente ASSL).
- 4) Fotocopia Codice Fiscale.
- 5) Fotocopia codice IBAN (per accredito in c/c).

Allega alla presente, relativa fotocopia della fattura fornita dalla ditta _____
al mezzo e le spese sostenute.

Oristano li, _____

In fede