

DIPARTIMENTO ASSI
SERVIZIO DISABILITA' EMARGINAZIONE ED INTEGRAZIONE SOCIALE

Contributi alle spese per la modifica degli strumenti di guida a favore dei titolari di patenti speciali di categoria A, B, e C con incapacità motorie permanenti
Legge 104 art. 27 del 5 febbraio 1992

ISTRUZIONI PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE ALL'ASL

I moduli per la richiesta di contributo sono disponibili presso la Segreteria del Dipartimento ASSI di Lodi, presso le sedi dei Distretti socio-sanitari di Casalpusterlengo e Sant'Angelo Lod.no o sono scaricabili dal sito dell'ASL (www.asl.lodi.it –Servizi ASL – Area disabilità – Modulistica). La domanda, corredata da tutta la documentazione indicata nel modulo di richiesta, va presentata presso:

- Segreteria del Dipartimento ASSI (0371/5874438)
P.zza Ospitale, 10 – Padiglione Tansini– 26900 Lodi
- Segreteria del Distretto Socio-Sanitario del Basso Lodigiano (0377/9255626)
Via Crema ,15 - Casalpusterlengo
- Segreteria del Distretto Socio-Sanitario di Sant'Angelo Lod.no (tel. 0371/5873209)
presso Villa Cortese - Largo Santa Maria 10 – Sant'Angelo Lod.no

dal lunedì al venerdì (ore 9.00 –12.00)

o spedita con raccomandata R.R. al seguente indirizzo:
ASL di Lodi - Dipartimento ASSI - P.za Ospitale, 10 – 26900 LODI

Le domande vengono accolte con un sistema a sportello, senza vincoli di scadenza dei termini, e saranno finanziate fino ad esaurimento del fondo annuale a disposizione.

CONCESSIONE DEI CONTRIBUTI

Il contributo può essere concesso ai cittadini residenti nel territorio dell'ASL di Lodi possessori di patenti di guida A, B o C speciali, con incapacità motorie permanenti, e non ad altri familiari, nella misura del 20% delle spese sostenute per la modifica degli strumenti di guida. La persona disabile che ha già ottenuto un contributo per l'adeguamento dell'autovettura può beneficiare di un ulteriore contributo purché siano trascorsi almeno 4 anni dalla data della precedente concessione. Solo nel caso in cui il veicolo modificato per il quale è stato concesso il contributo sia stato radiato dal Pubblico Registro Automobilistico per perdita di possesso dovuta a furto o distruzione, può essere presentata nuova istanza prima dello scadere dei 4 anni.

L'ASL di Lodi valuta ciascuna domanda ricevuta effettuando gli opportuni approfondimenti tramite il Servizio Disabilità, Emarginazione ed Integrazione Sociale, secondo i criteri indicati dalla Regione Lombardia nella circolare n. 26 del 5 maggio 2000. Conclusa la valutazione, l'ASL informa i cittadini circa l'esito dell'istanza presentata.

Per informazioni, chiarimenti e approfondimenti rivolgersi a:
Servizio Disabilità, Emarginazione ed Integrazione Sociale.
Distretto Basso Lodigiano: tel. 0377/9255636. Distretto Alto Lodigiano tel. 0371/5874342 (Lodi)
tel.0371/5873352 (S. Angelo Lod.no)
(dal lunedì al venerdì, dalle ore 10.00 alle ore 12.00)

**Modulo per la richiesta di contributo alle spese per la modifica degli strumenti di guida a favore
dei titolari di patenti speciali di categoria a, b, e c con incapacità motorie permanenti
Legge 104 art. 27 del 5 febbraio 1992**

*ASL di Lodi
Dipartimento ASSI
Piazza Ospitale, 10
26900 LODI*

=====

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a il _____ residente a _____

in via _____ tel. _____

titolare di patente speciale di guida di cat. _____ n. _____

con incapacità motorie permanenti,

**CHIEDE IL CONTRIBUTO PER LA MODIFICA DEGLI STRUMENTI DI GUIDA
(pari al 20% della spesa sostenuta e indicata in fattura)**

del veicolo (tipo) _____ targa _____

A tal fine allega alla presente:

- Copia della patente speciale di guida
- Copia del certificato medico rilasciato dalla Commissione Medica Locale Patenti dell'ASL
- Copia del libretto di circolazione del veicolo
- Copia della fattura dei lavori sostenuti per la modifica degli strumenti di guida del veicolo
- Eventuale copia di verbale dell'accertamento dello stato di invalidità
- Altro _____

Dichiara di non aver fatto richiesta di altro finanziamento pubblico per l'adeguamento dell'autovettura negli ultimi quattro anni.

In caso di accoglimento della domanda di contributo, il sottoscritto indica gli estremi del conto corrente sul quale desidera che venga effettuato il versamento:

CONTO CORRENTE INTESTATO A _____

RESIDENTE IN _____ VIA _____

NUMERO CONTO CORRENTE _____

BANCA D'APPOGGIO _____

CODICE IBAN _____

CODICE FISCALE DELL'INTESTATARIO DEL C/C _____

Distinti saluti.

Data _____

Firma _____