



# COMUNE DI COMITINI

*Terra dello Zolfo e delle Zolfare*

*Libero Consorzio Comunale di Agrigento*



*Città del Tricolore*

Piazza Bellacera, n. 1 - 92020 Comitini - Centralino 0922/600330 - Partita IVA 00311270847 - Codice Fiscale 80004010841  
Sito Web: [www.comune.comitini.ag.it](http://www.comune.comitini.ag.it) - E-mail: [protocollo@comune.comitini.ag.it](mailto:protocollo@comune.comitini.ag.it) - PEC: [info@pec.comune.comitini.ag.it](mailto:info@pec.comune.comitini.ag.it)

## AVVISO PUBBLICO

### AVVISO PUBBLICO PER LA CONCESSIONE DI CONTRIBUTO PER RIMBORSO SPESE DI TRASPORTO ALLE FAMIGLIE DI SOGGETTI DISABILI CHE HANNO FREQUENTATO CENTRI DI RIABILITAZIONE NEL PERIODO: 01/07/2024 - 30/06/2025

Si rende noto alla cittadinanza, che i soggetti portatori di handicap con disabilità grave ai sensi della legge 104/92 possono presentare istanza per la concessione del contributo per rimborso spese di trasporto con mezzo proprio, per recarsi presso strutture specialistiche di cura e terapia riabilitativa, **nel periodo dal 01/07/2024 al 30/06/2025.**

**SONO DESTINATARI DELL'INTERVENTO** i cittadini residenti nel Comune di Comitini con riconosciuta disabilità grave ai sensi della legge 104/92 art. 3, comma 3, che si avvalgono di automezzo proprio e/o di terzi per recarsi presso centri terapeutici e di riabilitazione per effettuare cure e/o terapie riabilitative.

#### MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA:

La domanda dovrà essere presentata tramite apposito modello e corredata dalla seguente documentazione:

- copia verbale della Commissione attestante la sussistenza di handicap grave ai sensi dell'art. 3, comma 3) della legge 104/92;
- certificazione rilasciata dal centro di cura e/o riabilitazione attestante il numero di sedute effettuate nel periodo dal 01/07/2024 al 30/06/2025;
- Attestazione ISEE in corso di validità;
- Fotocopia del documento di riconoscimento.

#### **Le domande dovranno pervenire direttamente all'ufficio protocollo entro le ore 13:00 del 12/08/2025**

oppure a mezzo pec al seguente indirizzo: [info@pec.comune.comitini.ag.it](mailto:info@pec.comune.comitini.ag.it), o anche a mezzo mail al seguente indirizzo: [protocollo@comune.comitini.ag.it](mailto:protocollo@comune.comitini.ag.it)

#### MISURA DEL CONTRIBUTO

L'intervento economico consiste nel rimborso forfettario per ogni viaggio (andata e ritorno) pari al costo del biglietto per l'utilizzo del trasporto pubblico con un limite massimo di euro 10,00 per viaggio.

Nel caso in cui le risorse finanziarie disponibili non fossero sufficienti a soddisfare le richieste pervenute, si procederà ad una riduzione percentuale, del contributo spettante, tenendo conto delle seguenti fasce di reddito:

FASCIA DI APPARTENENZA	SOGLIA ISEE	% RIDUZIONE
1 <sup>a</sup> fascia ISEE	€ 0,00 a € 7.000,00	Nessuna riduzione
2 <sup>a</sup> fascia ISEE	€ 7.000,01 a € 15.000,00	20%
3 <sup>a</sup> fascia ISEE	€ 15.000,00 a € 25.000,00	30%
4 <sup>a</sup> fascia ISEE	oltre € 25.000,00	50%

Se dopo l'applicazione dei suddetti criteri le risorse finanziarie disponibili dovessero risultare ancora insufficienti si applicherà una ulteriore riduzione percentuale uguale per ciascun beneficiario sui singoli importi quantificati, fino alla concorrenza delle risorse stanziare in bilancio.

Le domande verranno istruite dopo la scadenza del presente avviso, fissata per le ore 13:00 del 22/08/2025.

Nell'ambito dell'istruttoria l'ufficio valuterà le richieste di contributo pervenute nei termini, esaminando la documentazione presentata, ai fini dell'ammissibilità.

Per ulteriori informazioni rivolgersi all'Ufficio Servizi Sociali Comunali ubicato nel Palazzo Municipale sito in Piazza Bellacera.

Il presente Avviso Pubblico sarà pubblicato nel sito istituzionale e sull'albo pretorio on-line del Comune.

Dalla Residenza Municipale, 01/08/2025

IL SINDACO  
Rag. Luigi Nigrelli

Il Responsabile del Settore I  
Dott. Salvatore Parello



**ALLEGATO "A"**

**Istanza di contributo/rimborso spese per il trasporto con mezzo proprio presso centri di riabilitazione pubblici in favore dei soggetti in situazione di disabilità grave ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge 104/92**

Spazio riservato al protocollo

Al Comune di COMITINI  
Ufficio Servizi Sociali  
Piazza Bellacera, 1  
92020 COMITINI (AG)  
*protocollo@comune.comitini.ag.it*  
*info@pec.comune.comitini.ag.it*

da compilare:

- nel caso di maggiorenne: a cura del soggetto disabile o da un familiare convivente o tutore o delegato;
- nel caso di minore: a cura di chi esercita la patria potestà o tutore.

Cognome:		Nome:	
Luogo Di Nascita:		Data Di Nascita:	
Residenza	Città:	Prov.:	Indirizzo:
Codice Fiscale:		Tel/Cell:	
Email:		Pec:	
nella qualità di:			del/ della disabile
Cognome:		Nome:	
Luogo Di Nascita:		Data Di Nascita:	
Residenza	Città:	Prov.:	Indirizzo:
Codice Fiscale:			

**CHIEDE**

la concessione del contributo economico a titolo di rimborso delle spese di trasporto sostenute per recarsi o accompagnare il soggetto disabile presso il Centro Terapeutico e/o di Riabilitazione \_\_\_\_\_ sito in \_\_\_\_\_ per effettuare cure e/o terapie riabilitative per il periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali stabilite dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, in caso di dichiarazioni false e/o mendaci,

### DICHIARA

- il beneficio viene richiesto per soggetto con disabilità grave riconosciuta ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge n. 104/92;
- di avvalersi di un mezzo di trasporto proprio / di terzi (cancellare ipotesi che non ricorre) per recarsi presso il Centro Terapeutico e/o di Riabilitazione, sopra meglio individuato, per effettuare cure e/o terapie;
- di avere preso visione del "Regolamento Comunale per il servizio di trasporto delle persone disabili presso i centri di cura e riabilitativi";
- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003, che i dati personali saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Allega alla presente:

- Copia del Verbale della Commissione Medica attestante il riconoscimento di disabilità grave ai sensi dell'art. 3, comma 3, legge 104/92;
- Programma delle attività riabilitative o di cura prescritto da medici specialisti;
- Certificazione rilasciata dal Centro/Struttura di cura e/o riabilitazione attestante le frequenze giornaliere e il numero delle sedute;
- Fotocopia documento di riconoscimento del richiedente in corso di validità;
- Fotocopia documento di riconoscimento del soggetto disabile (solo in caso di persona diversa dal richiedente);
- Attestazione ISEE in corso di validità.

Comitini, \_\_\_\_\_

Il/La Richiedente

\_\_\_\_\_  
Firma