



U.O.C. DIREZIONE AMMINISTRATIVA TERRITORIALE

Spett.le
AZIENDA ULSS 9
Distretto Sanitario di _____**RICHIESTA DI CONTRIBUTO ADATTAMENTO AUTO**

Legge 05/02/1992 n° 104, art. 27, comma 1, circolare Ministero della Sanità del 25/09/1992.

Il sottoscritto/a _____

nato/a il _____

Residente a _____ Via _____ n° _____

C.F. _____ telefono _____

CHIEDO

ai sensi del comma 1 dell'art. 27 della Legge 05.02.1992 n. 104 nonché delle disposizioni applicative diramate dal Ministero della Sanità con propria circolare del 25.09.1992, la concessione di un contributo pari **al 20%** della spesa sostenuta per la modifica e l'adattamento degli strumenti di guida della vettura di mia proprietà, riconosciuta ausilio atto alla deambulazione, quale sussidio protesico extra tariffario. Allo scopo allego alla presente la documentazione elencata in calce.

Firma _____

data, _____

Documentazione allegata:

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

5) _____

6) _____

Se si desidera ricevere il contributo tramite bonifico si prega di compilare:

Coordinate Bancarie: **IBAN IT** _____
