



## ASM

“Dipartimento Integrazione Ospedale-Territorio”  
U.O.C. Distretto Sanitario di Matera  
Via Montescaglioso 2 - Matera

UOC Direzione Distretto Sanitario di Matera  
“Ufficio Rimborsi e Contributi”

Sede Centrale - 1° piano  
Via Montescaglioso 2  
Matera

## MOD. E

**OGGETTO:** *Richiesta contributo economico per adattamento autoveicolo  
Legge 104/92 – Art. 27.*

Il sottoscritto.....nato a.....  
il..... residente a..... Via.....  
proprietario dell'autovettura.....  
marca..... modello..... targata.....  
immatricolata..... in data.....  
telefono.....

### CHIEDE

Ai sensi dell'art. 27 della legge 104/92 il contributo del 20% della spesa sostenuta per la modifica degli strumenti di guida.

**DATA**.....

**FIRMA**.....

*Si allega:*

- fotocopia fattura della spesa sostenuta;
- fotocopia del certificato di invalidità;
- fotocopia della patente di guida;
- fotocopia del libretto di circolazione;
- fotocopia del Codice Fiscale;
- “dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà” da cui si evince che analoghi contributi non sono stati richiesti ed ottenuti dallo Stato o da altri Enti pubblici nell'ultimo quinquennio e che le fotocopie dei documenti allegati sono conformi agli originali;
- IBAN stampato dall'istituto bancario.