Amministrazione destinataria

Comune di Loreto

Ufficio destinatario

Settore S6 - Servizi

Richiesta di trasporto sociale

Il sottoscritto

Cognome | **Nome** | **Codice Fiscale**

Data di nascita | **Sesso** | **Luogo di nascita** | **Cittadinanza**

Residenza

Provincia | **Comune** | **Indirizzo** | **Civico** | **Barrato** | **Interno** | **Scala** | **Piano** | **SNC** ☐ | **CAP**

Telefono cellulare | **Telefono fisso** | **Posta elettronica ordinaria** | **Posta elettronica certificata**

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

CHIEDE

l'accesso al servizio di trasporto per anziani e disabili

- ○ per sé stesso
- ○ per il seguente familiare o tutelato

soggetto interessato

Cognome | **Nome** | **Codice Fiscale**

Data di nascita | **Sesso** | **Luogo di nascita** | **Cittadinanza**

Residenza

Provincia | **Comune** | **Indirizzo** | **Civico** | **Barrato** | **Interno** | **Scala** | **Piano** | **SNC** ☐ | **CAP**

Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, ecc.)

con destinazione

Provincia | **Comune** | **Indirizzo** | **Civico** | **Barrato** | **Interno** | **Scala** | **Piano** | **SNC** ☐ | **CAP**

per il periodo

Periodo singolo o multiplo

	Dal giorno	Dalle ore	Al giorno	Alle ore
○ periodo singolo o multiplo				

Ricorrenza giornaliera

	Dal giorno	Dalle ore	Al giorno	Alle ore
○ ogni giorno				

Ricorrenza settimanale

	Dal giorno	Dalle ore	Al giorno	Alle ore
○ ogni settimana				

Lun ☐ Mar ☐ Mer ☐ Gio ☐ Ven ☐ Sab ☐ Dom ☐

Ricorrenza mensile

	Dal giorno	Dalle ore	Al giorno	Alle ore
○ ogni mese				

Ricorrenza (ad esempio "ogni 15 del mese")

ogni _____ del mese

Ricorrenza mensile

	Dal giorno	Dalle ore	Al giorno	Alle ore
○ ogni mese				

Ricorrenza (ad esempio "ogni primo lunedì del mese")

ogni _____ _____ del mese

Altro periodo

	Descrizione
○ altro periodo	

☐ visite mediche presso strutture sanitarie o socio sanitarie pubbliche o convenzionate con il SSN

☐ cicli di cura (chemioterapia, radioterapia, fisioterapia)

☐ raggiungimento sede di T.I.S (Tirocinio di Inclusione Sociale) o sede di lavoro

☐ centro riabilitativo

con l'utilizzo del seguente mezzo

○ auto

○ mezzo attrezzato con pedana sollevatrice

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

- [x] dichiara sotto la propria responsabilità che la persona per la quale viene richiesto l'accesso al servizio di trasporto non è nella condizione di effettuare il trasporto personalmente o tramite famigliare e che trattasi di

  - ○ anziani ultrasessantacinquenni, impossibilitati ad usare altri mezzi per ridotta capacità motoria
  - ○ persone con disabilità certificata con patologie che rendono impossibile l'utilizzo di mezzi pubblici
  - ○ persone affette da momentanea patologia
  - ○ paziente oncologico e/o malato cronico che necessita di cure specialistiche
  - ○ minore e giovane con condizione di disabilità in condizioni di disagio psico-sociale, seguito e/o segnalato dai servizi socio-sanitari territoriali per il quale viene predisposto uno specifico progetto personalizzato individualizzato (è necessaria la presenza di un accompagnatore)

    Accompagnatore

    - [ ] dichiara di essere consapevole che, nel caso di necessità di assistenza durante il trasporto, in assenza dell'accompagnatore, questo non verrà effettuato

DICHIARA INOLTRE

- [x] di non essere in condizione di urgenza sanitaria o necessità di assistenza sanitaria specialistica nel corso del trasporto
- [x] di impegnarsi a comunicare tempestivamente per iscritto qualsiasi variazione dei dati dichiarati al momento della compilazione del presente modulo
- [ ] di voler accedere alle agevolazioni tariffarie previste per il servizio di trasporto sociale
- [x] di essere a conoscenza che la quota di compartecipazione alla spesa chilometrica del servizio di trasporto sociale viene determinata in base all'ISEE come stabilito annualmente dalla Giunta Comunale
- [x] di impegnarsi a pagare la quota di compartecipazione
- [x] di essere consapevole che il servizio verrà svolto nei limiti delle disponibilità sia di mezzi che di volontari dell'associazione, recependo il più possibile il bisogno dell'utente
- [x] di esonerare il Comune di Loreto e l'organizzazione di volontariato che concorre all'organizzazione del trasporto da ogni responsabilità inerente al trasporto stesso e/o eventuale sospensiones

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- ☐ idonea documentazione sanitaria
- ☐ autorizzazione trasporto minore
- ☐ copia dell'attestazione ISEE
- ☐ copia della documentazione medica ed eventuale verbale di invalidità civile
- ☐ copia del documento di identità
  (da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)
- ☐ altri allegati

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

- ☐ dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Luogo	Data	il dichiarante
Loreto		