

**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		Indirizzo			Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Provincia	Comune									<input type="checkbox"/>	
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		Indirizzo			Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Provincia	Comune									<input type="checkbox"/>	
Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, familiare, tutore legale, ecc.)											
<input type="text"/>											

con destinazione

Provincia	Comune	Indirizzo			Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
										<input type="checkbox"/>	

per il periodo

Periodo singolo o multiplo

periodo singolo o multiplo

Dal giorno

Dalle ore

Al giorno

Alle ore

Ricorrenza giornaliera

ogni giorno

Ricorrenza settimanale

ogni settimana

Ricorrenza mensile

ogni mese

Dal giorno

Dalle ore

Al giorno

Alle ore

Dal giorno

Dalle ore

Al giorno

Alle ore

Lun

Mar

Mer

Gio

Ven

Sab

Dom

Dal giorno

Dalle ore

Al giorno

Alle ore

Ricorrenza (ad esempio "ogni 15 del mese")

ogni del mese

Ricorrenza mensile

ogni mese

Dal giorno

Dalle ore

Al giorno

Alle ore

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

ogni del mese

Altro periodo

altro periodo

Descrizione

- 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

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 familiare e che trattasi di

- anziani ultrasessantacinquenni, impossibilitati ad usare altri mezzi per ridotta capacità motoria
- portatori di handicap certificato 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 disabile 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

- di non essere in condizione di urgenza sanitaria o necessità di assistenza sanitaria specialistica nel corso del trasporto
- 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
- 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
- di impegnarsi a pagare la quota di compartecipazione
- 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
- 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 sospensioni

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.

Loreto

Luogo

Data

il dichiarante