

**Amministrazione destinataria**

Comune di Costa di Mezzate

Ufficio destinatario

Ufficio servizi sociali

Domanda di attivazione del servizio di trasporto sociale**Il sottoscritto**

Cognome		Nome		Codice Fiscale					
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>					
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>					
Residenza									
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>				
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata			
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>			

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 sociale per anziani e disabili

- riferito a sé stesso
- riferito alla persona di seguito specificata

soggetto interessato

Cognome		Nome		Codice Fiscale					
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>					
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>					
Residenza									
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, ecc.)									
<input type="text"/>									

Per la visita

singola

Data della visita

Dalle ore

Alle ore

Orario di andata

Orario di ritorno

Luogo della visita

ricorrente

Data di inizio del servizio

Data di fine del servizio

Giorni della settimana della visita

Dalle ore

Alle ore

Orario di andata

Orario di ritorno

lunedì

martedì

mercoledì

giovedì

venerdì

Altre informazioni utili per il trasporto

Motivo della visita

visita medica presso ospedale, clinica o struttura socio sanitaria

cicli di cura (*)

Descrizione

cure o specifici trattamenti a carattere continuativo (**)

Descrizione

altro (specificare)

(*) Es. chemioterapia, radioterapia, fisioterapia, iperbarica

(**) Es. medicazioni particolari

CHIEDE INOLTRE

l'attesa sul posto da parte del volontario per il trasporto di ritorno

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

di appartenere a una delle seguenti categorie che hanno diritto all'accesso al servizio di trasporto sociale

anziano over 65

disabile in possesso di invalidità certificata

persona adulta affetta da permanente o momentanea patologia invalidante
(previo possesso di ISEE non superiore a 10.000,00 €)

minore in condizione di disabilità (****)

di chiedere il trasporto per la seguente motivazione

- vivo da solo o con alti soggetti fragili senza nessuna rete significativa di riferimento
- la rete familiare o informale di riferimento non può farsi carico dell'accompagnamento

Motivo

- minore in condizione di disabilità (****)
- altro

Motivo

(****) in caso di minore, è obbligatoria la presenza di almeno un genitore per tutta la durata del servizio, dalla partenza fino al rientro

Contatti delle persone di riferimento da contattare in caso di emergenze o comunicazioni

Cognome	Nome	Telefono fisso	Telefono cellulare	Relazione (****)

(****) coniuge, figlio/figlia, fratello/sorella, genitore, suocero/suocera, genero/nuora, altro parente o affine, convivente, amico, vicino di casa, custode sociale

di possedere il seguente ISEE

Importo	€	Data di rilascio	Data di scadenza
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>

DICHIARA INOLTRE

di essere consapevole che il comune di Costa di Mezzate potrà effettuare verifiche in merito a quanto autocertificato nella presente domanda

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)

- 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.

Costa di Mezzate

Luogo

Data

il dichiarante