

ALLEGATO "A"

All'Ambito Territoriale di Locri
Comune capofila Locri

ISTANZA DI ACCESSO AL SERVIZIO DI TRASPORTO SOCIALE

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a
_____ il ____/____/____
C.F.: ____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____ e residente in
_____ via _____
Tel. _____, con la presente

CHIEDE

di poter accedere al servizio di Trasporto Sociale a favore di

☐ Se stesso

☐ del/la signor/a _____, nato/a
a _____ il ____/____/____
C.F.: ____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____ e residente
in _____ via _____
_____ tel. _____

PER LA SEGUENTE MOTIVAZIONE:

- ☐ visite mediche presso ospedali/cliniche o strutture socio-sanitarie
- ☐ cicli di cura
- ☐ cure o specifici trattamenti a carattere continuativo
- ☐ altro (specificare) :

PER LA SEGUENTE DESTINAZIONE: (indicare se già nota)

da :

a:

FREQUENZA E ORARIO DEL SERVIZIO:(indicare se già noti)

- Data iniziale della prestazione:

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del Testo Unico emanato con D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445 e

consapevole del fatto che gli atti falsi e le dichiarazioni mendaci sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilità

DICHARA

- ☐ che il destinatario per cui si chiede l'ammissione al servizio è residente nel Comune di _____, appartenente all'Ambito Territoriale di Locri-Comune Capofila Locri;
- ☐ che il destinatario per cui si chiede l'ammissione al servizio non usufruisce di altri servizi di trasporto gratuito o buoni spendibili per l'acquisto del medesimo erogati da Enti pubblici;
- ☐ di accettare tutte le condizioni stabilite nell'Avviso Pubblico;
- ☐ che ha un nucleo familiare composto da n. _____ persone come indicato di seguito:

[illegible]

Precisare se si tratta di persona carrozzata con necessità di viaggiare seduta sulla sedia a rotelle.

☐ SI

☐ NO

☐ Persona allettata

Allega: fotocopia documento di riconoscimento richiedente/beneficiario

fotocopia certificazione ex Legge 104/92 – oppure fotocopia certificazione di invalidità

fotocopia attestazione ISEE in corso di validità

Luogo e data

Firma

Il/La sottoscritto/a autorizza ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e successive modificazioni ed integrazioni il trattamento dei dati personali raccolti anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data

Firma