MODULO DI ACCESSO AL SERVIZIO DI TRASPORTO DEDICATO A PERSONE DISABILI CON DISABILITA' RICONOSCIUTA E ANZIANI CHE ABBIANO COMPIUTO IL 65° ANNO DI ETA', OLTRE CHE A PERSONE CHE RISULTINO SVANTAGGIATE IN RAGIONE DI CONDIZIONI FISICHE, PSICHICHE, SOCIALI O FAMILIARI SEGNALATE DAL SERVIZIO SOCIALE

ALLA SAC MOBILITA'
sacmobilita@libero.it

DATI DEL RICHIEDENTE:

Il/La sottoscritta ……..

Nato a …….. il ……..

Residente nel Comune di Ardea in via …….. nr ……

Valendosi delle disposizioni di cui agli artt. 46/47 (ed all'art. 3) della normativa sulla documentazione amministrativa di cui al D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445 – *Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa*, consapevole delle sanzioni previste all'art. 76 e della decadenza dai benefici previsti dall'art. 75 del medesimo T.U. in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità

CHIEDE

Di poter usufruire del Servizio di Trasporto Sociale finalizzato all'accompagnamento presso centri diurni, centri di socializzazione, scuole, luoghi di lavoro, servizi di carattere sanitario, riabilitativo, socio assistenziale, ecc. destinato alle persone disabili con disabilita' riconosciuta , anziani che abbiano compiuto il 65° anno di età, cittadini in situazioni di svantaggio sociale in carico e/o segnalate dal Servizio Sociale Comunale

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n° 445, in caso di dichiarazioni mendaci e di informazione o uso di atti falsi il sottoscritto

DICHIARA

- di avere la residenza anagrafica nel Comune di Ardea;
- di essere cittadino italiano;
- di essere cittadino di uno stato membro dell'Unione Europea;
- di essere cittadino di uno Stato non aderente all'Unione Europea in possesso del permesso di soggiorno n……,rilasciato in data……,dal Questore

di……..,valido fino al……...oppure di Carta di Soggiorno n…….,rilasciata il……..,dal Questore di…….., ai sensi del D. Lgs 25 luglio 1998, n. 286, esercitando regolare attività lavorativa;

- di essere Anziano ultrassessantacinquenne:
  - non-autosufficiente e/o parzialmente autosufficiente;
  - con rete familiare ed informale carente;
- di essere Disabile certificato ai sensi della L. 104/92 e successive modifiche ed integrazioni, con percentuale di disabilità pari al…….
- di essere cittadino in condizione di svantaggio in ragione di condizioni psichiche, sociali e familiari in carico al Servizio Sociale Comunale.

CHIEDE

- tipologia del servizio di trasporto richiesto:
  - ☐ accompagnamento a visite mediche o specialistiche;
  - ☐ accompagnamento per esami clinici;
  - ☐ accompagnamento a cicli di cure legate alla patologia;
  - ☐ accompagnamento a strutture sanitarie socio assistenziali, strutture semi-residenziali socio-riabilitativi, centri sanitari;
  - ☐ accompagnamento presso centri diurni, centri di socializzazione, scuole, luoghi di lavoro;
  - ☐ altro specificare……...

DICHIARA

- ➢ di accettare incondizionatamente tutte le norme e condizioni contenute nelle Linee Guida in allegato ;
- ➢ di essere consapevole che ai sensi del D.P.R. n° 445/2000 che saranno effettuati controlli specifici sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive rese;
- ➢ di autorizzare il trattamento dei dati personali forniti esclusivamente per lo scopo, a norma dell'art. 13 del D.Lgs n° 196/2003.

Le istanze finalizzate all'accesso al servizio, devono essere compilate esclusivamente, pena l'inammissibilità, utilizzando il modulo dedicato.

Si allega:

- ☐ Fotocopia del documento di identità in corso di validità;
- ☐ Per gli stranieri copia del permesso di soggiorno ai sensi degli artt. 5 e 7 della Legge n. 40/1998 o carta di soggiorno;
- ☐ Certificato Medico che attesti le condizione del richiedente;
- ☐ Certificazione ai sensi della Legge 104/1992 (ove esistente);
- ☐ Copia del Verbale rilasciato dalla competente Commissione ASL attestante il riconoscimento di invalidità civile (ove esistente);
- ☐ altro:_____.

Ardea lì_____

IL RICHIEDENTE

_____