**DOMANDA DI ADESIONE AL SERVIZIO TRASPORTO SOCIALE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Il sottoscritto |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| nato a |  | | | | | | | | | | | | in data | | |  | | | | |
| residente in |  | | | | | | | | | | | | | | | | | *(indirizzo completo)* | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Codice Fiscale |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  | |  |  | |  |  |
| Telefono |  | | | | e-mail | |  | | | | | | | | | | | | | |
| In qualità di |  | | | | | | | | | | | | | | *(genitore/tutore/parente ecc)* | | | | | |

**CHIEDE**

di usufruire del servizio denominato “**PROGETTO TRASPORTO SOCIALE**” per il seguente motivo:

* visite mediche presso ospedali/cliniche o strutture socio-sanitarie;
* cicli di cura (chemioterapia, radioterapia, fisioterapia, iperbarica);
* cure o specifici trattamenti a carattere continuativo (medicazioni particolari);
* altro (specificare);

I soggetti a cui è riservato il trasporto sono:

**dati anagrafici del beneficiario** *(se diverso dal richiedente)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Cognome Nome |  | | | |
| nato a |  | in data |  | |
| residente in |  | | | *(indirizzo completo)* |

**dati anagrafici dell’/degli accompagnatore/i** *(se diversi dal richiedente)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Cognome Nome |  | | | |
| nato a |  | in data |  | |
| residente in |  | | | *(indirizzo completo)* |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Cognome Nome |  | | | |
| nato a |  | in data |  | |
| residente in |  | | | *(indirizzo completo)* |

* L’utente **DEVE** essere accompagnato in carrozzina;
* L’utente **NON** **È IN POSSESSO** di una carrozzina propria;
* L’utente **È** in possesso del tesserino disabili n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* Il trasporto **NECESSITA** di accompagnatore;

|  |  |
| --- | --- |
| **Dati dell’automezzo:** | **AREA RISERVATA ALL’UFFICIO** |
| * FIAT DOBLO’ * altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |

Percorso da effettuarsi: *(giorno o periodo)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Data** | **Da** | **A** | **Orario Prestazione Sanitaria** | **Durata** |
| *Andata* |  |  |  |  |  |
| *Ritorno* |  |  |  |  |  |
| *Andata* |  |  |  |  |  |
| *Ritorno* |  |  |  |  |  |
| *Andata* |  |  |  |  |  |
| *Ritorno* |  |  |  |  |  |

**DICHIARA DI TROVARSI NELLE SEGUENTI CONDIZIONI**

* Non posso spostarmi da solo perché \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* La mia rete familiare e/o informale di riferimento non mi può accompagnare perché:
  + vivo da solo o con altri soggetti fragili senza alcuna rete significativa di riferimento;
  + la mia rete non è in grado di fronteggiare il mio bisogno perché \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
  + la mia rete è parzialmente in grado di fronteggiare il mio bisogno perché \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
  + altro *( specificare )* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**RECAPITI PARENTI O ALTRI ABILITATI**

*È indispensabile individuare e segnalare i nominativi di una o più persone di fiducia (parenti, amici, conoscenti, o altri), disponibili ad intervenire in caso di chiamata.*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| cognome e nome | | |  | rapporto col beneficiario | | |  |
| residente in | |  | | nr. |  | città |  |
| tel. |  | | | cell. |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| cognome e nome | | |  | rapporto col beneficiario | | |  |
| residente in | |  | | nr. |  | città |  |
| tel. |  | | | cell. |  | | |

**SI IMPEGNA A**

* collaborare con il servizio sociale e con i volontari coinvolti nella realizzazione del trasporto sia nella fase di valutazione che di realizzazione di quanto richiesto;
* comunicare tempestivamente ogni significativa variazione rispetto a quanto concordato;
* al pagamento delle quote per la fruizione del servizio come da tariffe stabilite dalla Giunta Comunale;

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **il servizio viene erogato con modalità:** | **□ GRATUITA** | **□ A PAGAMENTO** | **AREA RISERVATA ALL’UFFICIO** |
| * importo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |

**A COMPLEMENTO DELLE NOTIZIE SOPRA RICHIESTE SI RITIENE IMPORTANTE SEGNALARE QUANTO SEGUE:**

*INFORMATIVA D.Lgs. 30.06.2003 n. 196: Ai sensi dell’art. 13 del decreto legislativo 30.06.2003 n. 196 (“codice in materia di protezione dei dati personali”) si informa che i dati personali verranno trattati per la gestione del servizio. Tutti i dati non verranno comunicati a nessun altro soggetto.*

*Il dichiarante è consapevole delle dichiarazioni sopra riportate (riguardanti gli stati, qualità personali o fatti necessari ai fini dell'autorizzazione richiesta ed autocertificabili ai sensi dell’art .47 D.P.R. 445/2000) e delle sanzioni penali richiamate dall’art.76 del d.P.R. 28.12.2000 n.445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi.*

Ai sensi dell’art.38 del D.P.R. del 28.12.2000, n.445 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata all'ufficio competente, unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore. E' ammessa la presentazione anche via fax, per via telematica o a mezzo posta.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Sovere, il |  |  | **Firma** |
|  |  |  |  |