All’Ufficio di Piano Comune Capofila

di Ciro’ Marina

PEC: [comune.ciromarina@asmepec.it](mailto:comune.ciromarina@asmepec.it)

**DOMANDA DI ACCESSO AL SERVIZIO DI TRASPORTO SOCIALE IN FAVORE DEI PERCETTORI ADI (ASSEGNO DI INCLUSIONE) E ANCHE DEI NUCLEI FAMILIARI/INDIVIDUI IN SIMILI CONDIZIONI DI SVANTAGGIO ECONOMICO, RESIDENTI NEI COMUNI AFFERENTI L’ATS DI CIRO’ MARINA - ANNI 2025/2026 – E CONTESTUALE DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO DI NOTORIETA’ rese ai sensi artt. 46 e 47 del DPR n.445/2000.**

Il/la sottoscritto/a nato a

il residente a

Via Telefono n.

Cell. Codice Fiscale

* in qualità di diretto/a interessato/a
* in qualità di familiare
* in qualità di tutore/amministratore di sostegno

del Sig./ra nato/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Codice

Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per il quale si richiede servizio di trasporto.

Presenta domanda per la fruizione del servizio di trasporto

Nel seguente periodo o giorno: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per n. \_\_\_\_viaggi.

Luogo di partenza:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(indicare Via e Comune) Luogo di arrivo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (indicare denominazione struttura, Via e Comune)

per l’effettuazione di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (indicare la motivazione del trasporto), nei seguenti orari:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dichiara di** (per se stesso o per conto di):

* Essere residente in uno dei Comuni afferenti all’Ambito Territoriale di Cirò Marina, ovvero: Cirò Marina, Cirò, Crucoli, Melissa, Umbriatico, Casabona, Strongoli, Carfizzi, Pallagorio, San Nicola dell’Alto, Verzino;
* Rientrare in una delle seguenti categorie (flaggare):
* Avere una motivata condizione di bisogno derivante dalla mancanza di autonomia nel poter soddisfare i propri bisogni;
* Assenza o limitata presenza di una rete familiare che possa provvedere alle esigenze di spostamento della persona.
* Rientrare in una delle seguenti categorie (flaggare):
* Essere percettore Assegno di Inclusione (ADI)
* Possessore ISEE familiare non superiore a 10.140 €

**Patologia paziente**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(indicare se presente)

Deambula  si € no Necessita di ausili si  no 

Assistito da un famigliare durante il trasporto si  no 

Tipologia del trasporto: Sanitario € Sociale

Indicazioni dettagliate sul posizionamento dell’abitazione (piano della casa nel palazzo, presenza o meno di strade strette per recarsi all’abitazione, presenza di scale, altri impedimenti possibili.)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Servizio richiesto:**

Ambulanza € Automezzo per disabili Autovettura €

Tot. Km per viaggio (andata e ritorno) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Numero viaggi\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ora partenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ora rientro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dichiara inoltre**:

* di esonerare l’ATS di Cirò Marina da ogni responsabilità per eventi che dovessero verificarsi durante il trasporto.
* di impegnarsi a comunicare immediatamente all’Ufficio ogni notizia che modifichi la situazione sopra dichiarata.
* di essere a conoscenza dell’informazione resa ai sensi dell’art.13 del D.Lgs. 30/06/2003 n.196 (Codice della Privacy).

Il/La sottoscritto/a è consapevole che il Comune di Cirò Marina (Coordinatore del servizio) effettuerà i necessari controlli, a campione, o, qualora sussistano ragionevoli dubbi, sulla veridicità delle dichiarazioni rese.

AVVERTENZA: DPR 28/12/2000 N.445 ART.76 (1° comma) – “LE DICHIARAZIONI MENDACI, LA FALSITA’ NEGLI ATTI E L’USO DI ATTI FALSI NEI CASI PREVISTI DALLA PRESENTE LEGGE SONO PUNITI AI SENSI DEL C.P. E DELLE LEGGI SPECIALI IN MATERIA”.

Il /la sottoscritto/a è consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci:

* incorre nelle sanzioni penali all’uopo previste dalla normativa vigente,
* perde il diritto ad usufruire di eventuali successive prestazioni.

Data, …………………………. Letto, confermato, sottoscritto

Il/La sottoscritto/a , alla presente domanda per

fruire del servizio di trasporto sociale, allega la seguente documentazione:

* Documentazione sanitaria attestante condizione di disabilità o altra certificazione medica, se in possesso;
* Documentazione attestante la prenotazione/appuntamento/convocazione;
* Copia fotostatica del documento di identità e del codice fiscale in corso di validità del richiedente e del beneficiario, se diverso dal richiedente;
* ISEE ordinario in corso di validità.

Data …………………………….. Il/La Dichiarante

…………………………………….