ASL Bari
PugliaSalute

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO di BARI

Sede: via Federico Vecchio, 3 70124 Bari – Tel. 080.584.2048 – 4657 - 2701
Mail: dss.bari@asl.bari.it – PEC: distrettobari.aslbari@pec.rupar.puglia.it

Al Direttore del Distretto Socio-sanitario di Bari

Al Dirigente della Ripartizione Servizi alla Persona/Municipio

***OGGETTO**: Richiesta servizio di trasporto presso strutture socio-riabilitative in favore di persone disabili*

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____, provincia di _____ il _____ e residente a _____

in Via _____ n. _____

tel./cell. _____

indirizzo e-mail _____

in qualità di persona interessata/esercente la potestà genitoriale/rappresentante legale (cancellare le voci che non interessano) del Sig./Sig.ra/minore _____

nato/a a _____ provincia di _____

il _____ e residente a _____

in Via _____ n. _____

tel./cell. _____ indirizzo e-mail _____

CHIEDE

□ di poter usufruire del servizio di trasporto riservato alle persone disabili;

□ che il suddetto disabile usufruisca del servizio di trasporto riservato alle persone disabili.

A tal fine, consapevole:

- delle responsabilità penali derivanti da falsità in atti e dichiarazioni mendaci ai sensi degli artt. 71, 75 e 76 del DPR 445/2000;
- che potranno essere eseguiti controlli diretti ad accertare le informazioni fornite;
- che la non veridicità delle dichiarazioni rese comporta la decadenza del beneficio;

D I C H I A R A

(Art. 46 e 47 – D.P.R. 28.12.2000, n.445)

- che il destinatario del servizio frequenta/frequenterà la struttura/e a carattere socio-riabilitativo _____ubicata/e in _____alla via_____, per un numero di sedute pari a _____ e una frequenza settimanale pari a _____, come da piano riabilitativo;
- che i giorni della settimana e gli orari di frequenza saranno definiti prima dell'inizio del trattamento;
- che la sede da raggiungere non dista più di 20 Km dall'abitazione del destinatario del servizio;
- che la famiglia, convivente con il destinatario del servizio, è così composta:

N.	COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	PARENTELA	ATTIVITA' LAVORATIVA

A) <u>AI FINI DELL'AMMISSIONE AL SERVIZIO DICHIARA CHE IL DESTINATARIO DELLA DOMANDA E':</u>

1. **PORTATORE DI HANDICAP IN SITUAZIONE DI GRAVITA' AI SENSI DELL'ART. 3, CO. 3, L. 104/92;**
2. **IMPOSSIBILITATO AD EFFETTUARE AUTONOMAMENTE IL TRASPORTO PER LE MOTIVAZIONI DI SEGUITO RIPORTATE** *(contrassegnare le voci che interessano):*

□ il nucleo familiare del destinatario del servizio è composto da soli anziani e/o disabili;

□ il destinatario del servizio fa parte di un nucleo monogenitoriale;

□ all'interno della famiglia del destinatario del servizio vi è un solo adulto con gravi problemi di salute;

□ all'interno della famiglia del destinatario del servizio vi è un solo adulto privo di un mezzo di trasporto;

□ il nucleo familiare del destinatario del servizio è composto dallo stesso e da soli adulti lavoratori;

□ il destinatario del servizio si trova in una condizione di difficoltà nell'aiuto parentale analoga alle voci precedenti (indicare dettagliatamente quale): _____

altra motivazione: _____

B) <u>SI IMPEGNA NEL CASO DI AMMISSIONE DEL DESTINATARIO DELLA DOMANDA AL SERVIZIO</u>:

- a rispettare gli orari previsti per il trasporto;
- a comunicare tempestivamente alla Ditta ogni variazione legata ad eventi imprevisti sopravvenuti (ad esempio malattia del richiedente);
- a comunicare in tempo utile con nota scritta alla PUA eventuali variazioni sostanziali intervenute successivamente all'avvio del servizio (ad esempio: cambio di domicilio, giornate e/o orari delle destinazioni) e qualunque evento sopravvenuto tale da incidere sull'organizzazione dello stesso;
- a comunicare tempestivamente all'Amministrazione comunale eventuali variazioni delle condizioni reddituali risultanti dall'attestazione Isee.

Dichiara che la/le persona/e autorizzata/e ad accogliere il destinatario del servizio al termine dello stesso, oltre al sottoscritto, è/sono (indicare cognome e nome):

_____

_____

C) <u>DICHIARA DI ESSERE CONSAPEVOLE CHE</u>:

- la reiterata inosservanza di quanto sopra indicato comporterà la dimissione dal servizio;
- il Comune di Bari esprimerà apposito parere circa la presente istanza, ai fini dell'eventuale ammissione al servizio;
- l'Amministrazione potrà, in qualunque momento, accertare la veridicità di quanto dichiarato nella presente istanza, ai sensi del DPR 445/2000 art.71.

D) <u>ALLEGA ALLA PRESENTE ISTANZA LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE</u>:

- ***attestazione di handicap con connotazione di gravità, ai sensi dell'art. 3, co. 3, l. 104/92, in corso di validità;***
- ***programma riabilitativo individuale, con indicazione della patologia, della durata del trattamento e della modalità di erogazione (continuativa e ciclica);***
- ***attestazione ISEE socio-sanitario non residenziale (DPCM 159/2013) in corso di validità;***
- ***copia fotostatica del documento di riconoscimento e della tessera sanitaria del richiedente il servizio ovvero del firmatario dell'istanza;***
- ***altra documentazione probatoria comprovante quanto dichiarato nella presente domanda, quale:_____.***

Ai fini della formazione di un'eventuale graduatoria e dell'assegnazione del relativo punteggio, dichiara altresì che il destinatario della presente domanda:

□ *è disabile solo (senza figure parentali di riferimento);*
□ *fa parte di un nucleo familiare con più soggetti disabili;*
□ *è non deambulante;*
□ *vive in un contesto familiare multiproblematico, per una delle motivazioni di seguito riportate:*
- □ *disoccupazione;*
- □ *misure limitative libertà personale;*
- □ *dipendenze da alcool, gioco, sostanze;*
- □ *maltrattamenti o violenza domestica.*

DATA _____

FIRMA_____

Informativa privacy:

Il/La sottoscritto/a **autorizza** gli Enti in indirizzo al trattamento dei dati rilasciati esclusivamente per le finalità di cui alla presente istanza, ai sensi del GDPR 2016/679.

Dichiara di aver preso visione del Disciplinare del Servizio adottato dal Comune di Bari con deliberazioni di G.C. nn. 851 del 15.12.2016 e 533 del 01.08.2017, rettificato con D.G.C. n. 871 del 21.12.2021 e di impegnarsi a rispettarlo.

DATA_____

FIRMA_____

Ai sensi dell'art. 5 della legge 11 Maggio 1971 n. 390, la dichiarazione di chi non sa o non può firmare deve essere sottoscritta, in presenza del dichiarante, da due testimoni idonei:

1° testimone: _____ nato a _____

il_____, residente in _____

alla Via _____

n. documento _____rilasciato il _____

da _____

FIRMA _____

2° testimone: _____ nato a _____

il_____, residente in _____

alla Via _____

n. documento _____ rilasciato il _____

da _____

FIRMA _____