



Al Direttore del Distretto Socio-sanitario N°3
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) AI FINI DELL'AMMISSIONE AL SERVIZIO DICHIARA CHE IL DESTINATARIO DELLA DOMANDA E':

- 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) SI IMPEGNA NEL CASO DI AMMISSIONE DEL DESTINATARIO DELLA DOMANDA AL SERVIZIO:

- a rispettare gli orari previsti per il trasporto;
- a comunicare tempestivamente alla Ditta ogni variazione legata ad eventi imprevisi 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) DICHIARA DI ESSERE CONSAPEVOLE CHE:

- la reiterata inosservanza di quanto sopra indicato comporterà la dimissione dal servizio;
- il Comune di Bitonto 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) ALLEGA ALLA PRESENTE ISTANZA LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:

- *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.

I dati personali raccolti con la presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la stessa dichiarazione viene resa. Per esercitare i suoi diritti di cui agli artt. 15-22 del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (Reg. UE 2016/679) potrà rivolgersi al Responsabile della protezione dei dati presso il Titolare del trattamento (ASL BARI - Lungomare Starita 6, 70123 Bari) - email: dpo@asl.bari.it - pec: protocollo.asl.bari@pec.rupar.puglia.it). Per maggiori informazioni sul trattamento dei dati personali, si rinvia al sito internet istituzionale (<https://www.sanita.puglia.it/web/asl-bari>) nell'apposita sezione Privacy.

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 _____