ALLEGATO "A"

All'Ambito Territoriale di Locri
Comune capofila Locri

ISTANZA DI ACCESSO AL SERVIZIO DI TRASPORTO SOCIALE

Il/La sottoscritto/a_____,nato/a a _____il____/____/_____

C.F.:___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___ e residente in _____ via _____

Tel. _____, con la presente

CHIEDE

di poter accedere al servizio di Trasporto Sociale a favore di

□ Se stesso

□ del/la signor/a_____,nato/a a_____il____/____/_____

C.F.:___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/ e residente in_____via_____ _____

tel._____

PER LA SEGUENTE MOTIVAZIONE:

□ visite mediche presso ospedali/cliniche o strutture socio-sanitarie
□ cicli di cura
□ cure o specifici trattamenti a carattere continuativo
□ altro (specificare) :

PER LA SEGUENTE DESTINAZIONE: (indicare se già nota)

da :
a:

FREQUENZA E ORARIO DEL SERVIZIO: (indicare se già noti)

- Data iniziale della prestazione:

- Orario di inizio della prestazione (sul posto):

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del Testo Unico emanato con D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445 e
consapevole del fatto che gli atti falsi e le dichiarazioni mendaci sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

□ che il destinatario per cui si chiede l'ammissione al servizio è residente nel Comune di_____, appartenente all'Ambito Territoriale di Locri-Comune Capofila Locri;

□ che il destinatario per cui si chiede l'ammissione al servizio non usufruisce di altri servizi di trasporto gratuito o buoni spendibili per l'acquisto del medesimo erogati da Enti pubblici;

□ di accettare tutte le condizioni stabilite nell'Avviso Pubblico;

□ che ha un nucleo familiare composto da n._____ persone come indicato di seguito:

N.	COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	PARENTELA	CODICE FISCALE

Precisare se si tratta di persona carrozzata con necessità di viaggiare seduta sulla sedia a rotelle.

□ SI □ NO

□ Persona allettata

Allega: fotocopia documento di riconoscimento richiedente/beneficiario

fotocopia certificazione ex Legge 104/92 – oppure fotocopia certificazione di invalidità

fotocopia attestazione ISEE in corso di validità

Luogo e data

Firma

Il/La sottoscritto/a autorizza ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e successive modificazioni ed integrazioni il trattamento dei dati personali raccolti anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data Firma