**ALLEGATO “A”**

 Al comune capofila di Vibo Valentia

 Ambito Territoriale di Vibo Valentia

**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 Vibo Valentia - Comune Capofila Vibo Valentia;

□ 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:

* copia documento di riconoscimento richiedente/beneficiario e tessera sanitaria
* copia certificazione ex Legge 104/92 – oppure fotocopia certificazione di invalidità
* copia provvedimento di nomina all’ufficio di tutore/amministratore di sostegno o delega (eventuale)
* copia attestazione ISEE in corso di validità.

Luogo e data

 Firma

**Estratto di informativa relativa alla Privacy**

I dati raccolti potranno essere comunicati, anche con strumenti informatici, nel rispetto delle previsioni del Regolamento Europeo DGPR 2016/679 e del D.Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii. “Codice in materia di protezione dei dati personali”, ai soggetti erogatori del servizio, oltre che al Comune di residenza, all’Ufficio di Piano territorialmente competente e a Regione Calabria.

Luogo e data Firma