

RICHIESTA DEL SERVIZIO DI TRASPORTO SOCIALE 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 _____ del Sig./ra _____
nato/a a _____ il _____ residente a _____
Via _____ Codice Fiscale _____
_____, che beneficerà del servizio di trasporto

in qualità di tutore/amministratore di sostegno di _____

Porge domanda per la fruizione del servizio di trasporto

alla struttura: _____ sita a _____

per l'effettuazione di _____
(esami, cicli terapie, riabilitazione, ecc.)

nel seguente periodo: dal _____ al _____ per n. viaggi
presunti _____

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare luogo di partenza, luogo di destinazione e ora di
effettuazione della visita /esame almeno sette giorni prima dell'effettuazione prevista.

Dichiara di appartenere ad una delle seguenti categorie (barrare le caselle e completare):

- Di avere una età superiore a 65 anni;
- Di rientrare in particolare situazione di gravità od affetto da momentanea certificata patologia che necessita di prestazioni di carattere sanitario e/o di cicli di terapia;
- Di avere riconosciuta una invalidità civile totale o nella percentuale del _____ %
(percentuale minima del 74%, anche con compromissione della mobilità fisica);
- Di rientrare nella categoria disabile con connotazione di gravità riconosciuta dalla competente Commissione ai sensi della Legge 104/92.

- Di avere il proprio soggiorno c/o la struttura per anzianisita a(senza alcun intervento economico del Servizio Sanitario).

Il/la sottoscritto/a è a conoscenza di dover concorrere , in rapporto alle proprie condizioni economiche, al costo del servizio e, al riguardo, al fine di poter beneficiare dell'applicazione della tariffa agevolata (art. 4 del Regolamento) allega certificazione/attestazione I.S.E.E. attestante il proprio reddito.

Dichiara inoltre:

- di esonerare l'Amministrazione dell'Unione Montana Alta Valle Susa da ogni responsabilità per eventi che dovessero verificarsi durante il trasporto.
- di impegnarsi a comunicare immediatamente all'Ufficio dell'Unione Montana Alta Valle Susa (Coordinatore del servizio) ogni notizia che modifichi la situazione sopra dichiarata.
- di aver ricevuto l'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 l'Unione Montana Alta Valle Susa (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:

- fotocopia attestazione ISEE in corso di validità'
- fotocopia documento d'identità in corso di validità.

Data

Il/La Dichiarante

.....

**A CURA DELL'UFFICIO PREPOSTO AL RITIRO DELLE ISTANZE PER LA FRUIZIONE
DEL SERVIZIO DI TRASPORTO**

La presente dichiarazione è resa dal/la Sig./ra
identificato/a mediante
avanti all'incaricato addetto, in data

OVVERO

La presente dichiarazione è pervenuta in data
mediante
corredata di fotocopia del documento d'identità

Data e luogo ,

Il Responsabile del procedimento amministrativo

.....

N° Progr. di presentazione:

--	--	--	--

