



Amministrazione destinataria

Comune di Cecina

Ufficio destinatario

Politiche sociali

Domanda per l'attivazione del servizio sperimentale di trasporto sociale rivolto a persone disabili

Il sottoscritto

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza
Residenza					
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala
				Piano	SNC
					☐
					CAP
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria	
				Posta elettronica certificata	

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

CHIEDE

l'attivazione del servizio di trasporto sociale

Soggetto interessato

- ☐ per sè stesso
- ☐ per il seguente familiare o tutelato

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza
Residenza					
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala
				Piano	SNC
					☐
					CAP

in qualità di (*)

Ruolo

In qualità di (*):

amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

che il soggetto richiedente il servizio

- ☐ è persona disabile, per la quale è stata accertata la grave limitazione all'autonomia personale permanente ai sensi della Legge del 5/02/1992, n. 104, art. 3, comma 3 e art. 4 sulla base della valutazione effettuata dai competenti organismi tecnici della ASL
- ☐ è persona disabile non grave ai sensi della Legge del 5/02/1992, n. 104, art. 3 comma 1 e art. 4 con capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta per la quale esistono insormontabili barriere architettoniche e per cui l'Unità Valutativa Multidisciplinare (U.V.M) della ASL Toscana NordOvest ha stabilito l'impossibilità all'utilizzo del mezzo pubblico a causa delle barriere architettoniche presenti sugli attuali mezzi

trasporto continuativo

Lavoro

- ☐ orario spezzato quotidiano nei giorni lavorativi
- ☐ altro tipo di orario purché continuativo

Scuola

- ☐ secondo il calendario scolastico

trasporto non continuativo

- ☐ trasporti effettuati per una sola volta o per periodo inferiore al mese, programmabili con adeguato preavviso di 24 ore

DICHIARA INOLTRE

- ☒ di non usufruire di altri contributi pubblici finalizzati al trasporto individuale anche in relazione ai progetti di vita indipendente finanziati dalla regione Toscana
- ☒ di necessitare dell'ausilio di un accompagnatore per l'assistenza in funzione della limitazione delle autonomie personali
- ☐ di avere meno di 20 anni e di essere iscritto all'istituto scolastico

Specificare istituto scolastico

- ☐ di possedere il seguente ISEE

Importo

€

Data di rilascio

Data di scadenza

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- ☒ copia dell'attestazione di disabilità
- ☒ copia del verbale di invalidità civile con riconoscimento di accompagnamento
- ☐ copia del documento di identità
(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)
- ☐ altri allegati

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

- ☐ dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Cecina

Luogo

Data

Il dichiarante