*Al* **Sindaco**

*del Comune di*

*Piazza Pace, 1*

80041 - **BOSCOREALE** *(Na)*

**Oggetto**: Richiesta del servizio “Trasporto e accompagnamento presso Strutture Sanitarie, Riabilitative e Socio-Educative Diurne” degli utenti disabili.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ indirizzo e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di persona:

* interessata;
* esercente la potestà genitoriale;
* rappresentante legale

*(barrare la voce che interessa)*

del sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ indirizzo e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**C H I E D E**

di poter

* usufruire
* che il suddetto disabile usufruisca

*(barrare la voce che interessa)*

del servizio di trasporto riservato alle persone disabili;

A tal fine, consapevole, ai sensi degli artt. 71, 75 e 76 del DPR 445/2000 delle responsabilità penali che si assume per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, che potranno essere eseguiti controlli diretti ad accertare le informazioni fornite e 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)*

1. che il destinatario del servizio frequenta (barrare la voce che interessa)

* centro di riabilitazione pubblico, ovvero convenzionato con la ASL;
* struttura a carattere socio-assistenziale/formativo;
* struttura semiresidenziale a elevata integrazione socio-sanitaria secondo le seguenti modalità: *(indicare il periodo, i giorni della settimana, le ore della prestazione e la/le destinazione/i).*

**Denominazione e indirizzo struttura/e**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Giorno** | **Orario terapia** | | **Destinazione** |
| ***dalle*** | ***alle*** |
| *Lunedì* |  |  |  |
|  |  |
| *Martedì* |  |  |  |
|  |  |
| *Mercoledì* |  |  |  |
|  |  |
| *Giovedì* |  |  |  |
|  |  |
| *Venerdì* |  |  |  |
|  |  |
| *Sabato* |  |  |  |
|  |  |

*Ulteriori annotazioni o precisazioni:*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. che la sede da raggiungere dista più di 300 metri dall’abitazione del destinatario del servizio;
2. di impegnarsi, in caso di ammissione al servizio:

* a comunicare tempestivamente al **Responsabile del Settore Servizi Sociali del Comune di Boscoreale** ogni variazione legata ad eventi imprevisti sopravvenuti *(ad esempio malattia del trasportato)*;
* a comunicare in tempo utile, con nota scritta, al **Responsabile del Settore Politiche Sociali del Comune di Boscoreale**, 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 sulla organizzazione dello stesso;

1. di essere consapevole che:

* la reiterata inosservanza di quanto indicato nel precedente punto ***c)*** comporterà la dimissione dal servizio;
* che il **Responsabile del Settore Politiche Sociali del Comune di Boscoreale** potrà, in qualunque momento, accertare la veridicità di quanto dichiarato nella presente istanza;

1. di essere a conoscenza di quanto disciplina il vigente regolamento Comunale integrato per l’accesso e l’erogazione di interventi socio-assistenziali ed in particolare di quanto disciplinato al Capo XII, consapevole che il Comune, ai sensi dell’art. 88 può garantire il Servizio:

***a*** - con proprio personale e mezzi;

***b*** - con affidamento a soggetto esterno;

***c*** - con erogazione di contributi per le spese di trasporto;

1. di allegare la seguente documentazione:

* copia del certificato di invalidità dalla quale si rilevi la grave perdita temporanea o permanente dell’autonomia personale ai sensi degli artt. 3 e 4 della Legge 104/92;
* attestato di programma terapeutico riabilitativo con l’indicazione di patologia prevista, della durata del trattamento e della modalità continuativa o ciclica;
* fotocopia di un documento di identità in corso di validità del firmatario l’istanza;
* altra documentazione probatoria comprovante quanto dichiarato nella presente domanda *(indicare quale)*
  + 1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
    2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
    3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

1. di essere a conoscenza ai sensi del D.Lgs. 36/2003 n. 196 e ss.mm.ii.:

* che il trattamento dei dati conferiti con la presente istanza è finalizzato allo sviluppo del procedimento amministrativo relativo all’accesso al beneficio richiesto;
* che il trattamento degli stessi sarò effettuato con modalità informatizzate e/o manuali;
* che il conferimento dei dati è obbligatorio per il corretto sviluppo dell’istruttoria e degli altri adempimenti procedimentali;
* che il mancato conferimento di alcuni o di tutti i dati richiesti comporta l’annullamento del procedimento per impossibilitò a realizzare l’istruttoria necessaria;
* di poter esercitare in qualsiasi momento e gratuitamente i diritti di cui all’art. 7 del D.lgs. 196/2003;
* che il titolare del trattamento dei dati è il **Comune di Boscoreale** - **Settore Politiche Sociali**;
* di autorizzare il **Comune di Boscoreale** - **Settore Politiche Sociali** a trattare i dati che fornisce con la presente dichiarazione, con strumenti manuali o informatici.

*data,* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*