DOMANDA DI TRASPORTO RISERVATO A PERSONE CON GRAVI DIFFICOLTA' MOTORIE E DI AUTONOMIA PERSONALE NON IN GRADO DI SERVIRSI DEGLI ORDINARI MEZZI PUBBLICI

Comune di …….

Il sottoscritto_____nato a_____

residente nel Comune di_____Provincia _____

Via_____n._____☎ Tel. n._____

(Ogni variazione di indirizzo avvenuta dopo l'inoltro della domanda dovrà essere comunicata al Comune di …….. - tel……. - personalmente o con lettera raccomandata a cura del richiedente.)

Chiede di poter accedere al servizio di trasporto disabili del Comune di ..... per le seguenti motivazioni:

1. LAVORO

- ☐ Fascia oraria: andata ore_____ritorno ore_____
- ☐ Origine e destinazione: da via_____a via_____
- ☐ Durata presunta del servizio richiesto_____

NOTE

_____

_____

_____

2. SCUOLA

- ☐ Fascia oraria: andata ore_____ritorno ore_____
- ☐ Origine e destinazione: da via_____a via_____
- ☐ Durata presunta del servizio richiesto_____

NOTE

_____

_____

_____

3. **CURE FISICHE (specificare dove è possibile)**

☐ Fascia oraria: andata ore_____ritorno ore_____

☐ Origine e destinazione: da via_____a via_____

☐ Durata presunta del servizio richiesto_____

NOTE

_____

_____

_____

4. **AFFARI PERSONALI E SVAGO: (specificare se possibile)**

_____

_____

_____

La fruizione del servizio è esclusa in tutte quelle circostanze in cui l'effettuazione del trasporto risulta a carico d'altri soggetti in base a disposizione normative e/o rapporti contrattuali.

– Dichiara di trovarsi nelle condizioni previste per la richiesta del Servizio, ovvero di avere la seguente disabilità:

☐ temporanea

☐ permanente

– Di servirsi dei seguenti ausili:

☐ carrozzina

☐ bastone

☐ altri (specificare)_____

– ☐ di avere il seguente grado di invalidità_____

– ☐ di non avere invalidità riconosciuta

- Il sottoscritto dichiara infine di aver preso conoscenza di tutte le norme e condizioni stabilite nello stampato allegato alla presente domanda contenente le caratteristiche e i criteri organizzativi, che regolano il Servizio di trasporto disabili del Comune di .....

- Allega i seguenti documenti:
- ☐ fotocopia del verbale di invalidità (se in possesso)
- ☐ fotocopia della certificazione Legge 104 relativa alla valutazione sulla gravità dell'handicap in relazione all'autonomia e alla mobilità (se in possesso)
- ☐ dichiarazione del medico curante
- ☐ ulteriore certificazione medica (se ritenuta esplicativa della patologia)

_____

_____

_____

FIRMA

..... li_____

_____

Firma apposta dal dichiarante in presenza di_____

Presentata copia del documento di identità _____

N.B.: L'istanza deve essere sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto oppure presentata unitamente a copia fotostatica, del documento di identità (in corso di validità) del sottoscrittore

Informativa ai sensi della L. 675/96

Il sottoscritto dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della L. 675/96, che i dati personali sopra riportati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento amministrativo in corso ai sensi dell'art. 13 della L. 675/96 l'interessato potrà accedere ai dati che lo riguardano chiedendone la correzione, l'integrazione e ricorrendone gli estremi, la cancellazione o il blocco

FIRMA

_____