



Comune di Adelfia Comune di Capurso Comune di Triggiano Comune di Cellamare Comune di Valenzano
Comune Capofila

AMBITO TERRITORIALE N. 5

Ufficio di Piano

All'Ufficio di Piano

per il tramite del Comune di _____

**o della PUA Distretto S.S. n.10 – ASL BA –
 Via A. Volta n. 21 Triggiano**

OGGETTO: Richiesta servizio di trasporto scolastico e/o socio – riabilitativo per persone 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 (cancellare le voci che non interessano)

del sig. _____

nato/a a _____, provincia di _____

il _____ e residente a _____

in Via _____ n. _____

tel. _____ indirizzo e-mail _____

CHIEDE

- di poter usufruire/che il suddetto disabile usufruisca del servizio di trasporto riservato alle persone disabili (cancellare la voce che non interessa);
- di chiedere, ai sensi dell'art.8 del vigente Regolamento, l'ammissione al servizio trasporto per sé/per il suddetto disabile (cancellare la voce che non interessa);

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,

DICHIARA

(Art. 46 e 47 – D.P.R. 28.12.2000, n.445)

a) **che il destinatario del servizio frequenta/ frequenterà:** (contrassegnare la voce che interessa)

- Scuola, pubblica o paritaria, di grado inferiore di istruzione (materna, elementare e media) compresa la scuola dell'infanzia;
- Centro di riabilitazione pubblico, ovvero convenzionato con la ASL;
- Struttura a carattere socio-assistenziale/formativo;
- Struttura semiresidenziale a elevata integrazione socio-sanitaria (art.60 e 60 ter. R.R. n.4/2007 e s.s.m.m.i.i.)

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	Destinazione (denominazione struttura)*	Orario Arrivo	Orario Rientro	Giorno	Destinazione (denominazione struttura)**	Orario Arrivo	Orario Rientro
Lunedì				Lunedì			
Martedì				Martedì			
Mercoledì				Mercoledì			
Giovedì				Giovedì			
Venerdì				Venerdì			
Sabato				Sabato			

* periodo: dal (_____) al (_____)

**periodo: dal (_____) al (_____)

Ulteriori annotazioni o precisazioni: (ulteriori articolazioni della prestazione durante la settimana o richiesta di utilizzo mezzo di trasporto attrezzato per disabili non deambulanti).

b) **che la sede da raggiungere dista più di 300 metri dall'abitazione del destinatario del servizio;**

c) **che la famiglia convivente con il destinatario del servizio si compone come indicato di seguito:**

N	COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	PARENTE LA	ATTIVITA' LAVORATIVA

d) **che, ai fini dell'attribuzione del punteggio,** (contrassegnare la/le voce/i che interessa/no)

- il nucleo familiare del destinatario del servizio è composto da soli anziani e/o disabili;
- che il destinatario del servizio fa parte di un nucleo monogenitoriale;
- che all'interno della famiglia del destinatario del servizio vi è un solo adulto con gravi problemi di salute;
- che all'interno della famiglia del destinatario del servizio vi è un solo adulto privo di un mezzo di trasporto;
- che il nucleo familiare del destinatario del servizio è composto dallo stesso e da soli adulti lavoratori;
- che il destinatario del servizio si trova in una condizione di difficoltà nell'aiuto parentale analoga alle voci precedenti (indicare dettagliatamente quale):

1) _____;

2) _____;

e) **di essere/che il destinatario è:**

non deambulante

f) **di impegnarsi, in caso di ammissione al servizio :**

- a rispettare gli orari previsti per il trasporto;
- a comunicare tempestivamente alla Ditta ogni variazione legata ad eventi imprevisi sopravvenuti (ad esempio malattia del trasportato);
- a comunicare in tempo utile, con nota scritta, al Responsabile Ufficio di Piano per il tramite dei Servizi Sociali dei Comuni di residenza, 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;

g) **che la/le persona/e autorizzata/e ad accogliere il destinatario del servizio al termine dello stesso, oltre al sottoscritto, è/sono** (indicare cognome e nome)

_____ ;
_____ ;

h) **di essere consapevole che:**

- la reiterata inosservanza di quanto indicato nel precedente punto f) comporterà la dimissione dal servizio;
- che l'Ambito Sociale n. 5, con successivo e apposito provvedimento, definirà l'eventuale forma di compartecipazione alle spese da parte degli utenti del servizio di Trasporto;
- che l'Ambito Sociale n. 5 potrà, in qualunque momento, accertare la veridicità di quanto dichiarato nella presente istanza.

i) **di allegare la seguente documentazione:** (contrassegnare la voce che interessa)

- a) attestazione handicap così come definito dall'art.3 comma 3 della legge 104/92;
- b) attestato di programma terapeutico riabilitativo con l'indicazione di patologia prevista dai LEA, della durata del trattamento e della modalità continuativa o ciclica (in caso di richiesta del servizio a fine riabilitativo);
- c) fotocopia di un documento di identità in corso di validità del firmatario l'istanza;
- d) **Dichiarazione Unica Sostitutiva ISEE relativa all'anno fiscale precedente la presentazione dell'istanza;**
- e) altra documentazione probatoria comprovante quanto dichiarato nella presente domanda (indicare quale)
 - 1) _____
 - 2) _____
 - 3) _____

l) di allegare la seguente ulteriore documentazione solo ai fini di richiesta di ammissione per i casi contemplati dall'art. 8 del vigente Regolamento:

- a) copia domanda di riconoscimento L.104/92 e attestazione di invalidità;
- b) attestazione della struttura riabilitativa attestante la non copertura della prestazione di che trattasi

Data, _____ firma _____

Il/La sottoscritto/a **autorizza** gli Enti in indirizzo al trattamento dei dati rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di richiesta del servizio trasporto, ai sensi del D.Lgs.196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive integrazioni.

Dichiara di aver preso visione del Regolamento del Servizio adottato dall'Ambito con delibera di C.I. n.22 del 29/06/2011 e di impegnarsi a rispettarlo.

Data, _____ firma _____

La dichiarazione di chi non sa o non può firmare deve essere sottoscritta , in presenza del dichiarante, da due testimoni idonei ai sensi dell'art. 5 della legge 11 maggio 1971 n. 390:

1° testimone _____ nato a _____

il _____ residente in _____ via _____

n. documento _____ rilasciato il _____ da _____

firma _____

2° testimone _____ nato a _____

il _____ residente in _____ via _____

n. documento _____ rilasciato il _____ da _____

firma _____