

Fascicolo n. _____ del _____

SERVIZIO TAXI SOCIALE DOMANDA DI ACCESSO AL SERVIZIO

Al Sindaco
Comune di CINQUEFRONDI
Settore Politiche Sociali

OGGETTO: Servizio TAXI Sociale. Domanda di accesso al servizio

GENERALITA' DEL RICHIEDENTE

COGNOME		NOME	
---------	--	------	--

LUOGO NASCITA		DATA NASCITA	
------------------	--	--------------	--

CODICE FISCALE																			
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(Utilizzare una singola casella per ciascuna lettera o cifra).

RESIDENZA ANAGRAFICA

VIA/PIAZZA		N.		CAP	
------------	--	----	--	-----	--

COMUNE		Prov.		Tel.	
--------	--	-------	--	------	--

In qualità di:

- Diretto Interessato (in tal caso non compilare la sezione che segue)
 Familiare
 Legale rappresentante

Barrare con una X la voce che interessa

Del/la sig./ra

COGNOME		NOME	
LUOGO NASCITA		DATA NASCITA	

CODICE FISCALE																						
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(Utilizzare una singola casella per ciascuna lettera o cifra).

RESIDENZA ANAGRAFICA

VIA/PIAZZA		N.		CAP	
------------	--	----	--	-----	--

COMUNE		Prov.		Tel.	
--------	--	-------	--	------	--

C H I E D E

Per se stesso

Per il/la sig./sig.ra _____ sopra generalizzato.

Barrare con una X la voce che interessa

L'accesso al Servizio di Trasporto Sociale Comunale (Taxi Sociale)

tipo di servizio:

Trasporto occasionale

Trasporto ciclico

Trasporto continuativo

Barrare con una X la voce che interessa

Per le seguenti motivazioni:

Cinquefrondi, li _____

IL RICHIEDENTE

AUTOCERTIFICAZIONE AI SENSI DEL D.P.R. 28.12.2000 N°445

A tal fine, consapevole di quanto previsto dagli artt.75 e 76 del DPR 445/2000 in relazione alla responsabilità penale per false attestazioni e mendaci dichiarazioni:

DICHIARA

Che il nucleo familiare dell'interessato al Servizio di Trasporto Sociale Comunale (Taxi Sociale) è il seguente:

n°	Cognome e Nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Grado parentela	Professione
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

1. che il reddito ISEE anno _____, riferito all'intero nucleo familiare, è pari a euro _____, come da certificazione allegata.
2. di essere a conoscenza che per l'accesso al servizio, qualora dovesse essere accolta l'istanza:
 - potrà fruire dello stesso in forma gratuita in presenza di reddito ISEE pari a euro zero;
 - sarà tenuto al versamento della quota di compartecipazione al costo del servizio nel rispetto delle tariffe stabilite dal Comune di Cinquefrondi e riportate all'art. 8 del Regolamento Comunale "Servizio Taxi Sociale" (approvato con delibera di C.C. N. 61 del 04/10/2016);
3. di essere:
 - in possesso di invalidità civile o momentanea e certificata patologia invalidante, impossibilitato/a a usare altri mezzi (allegare copia documentazione medica di struttura pubblica e relazione del medico curante dalla quale si rilevi la condizione);
 - di essere un paziente oncologico (allegare copia documentazione medica di struttura pubblica e relazione del medico curante);
4. di:
 - non avere una rete parentale, amicale o di vicinato in grado di sopperire alla mancanza di familiari;
 - avere idonea rete familiare e parentale ma con impegni fissi e costanti, o si trovino in particolari condizioni di difficoltà.

Barrare con una X la voce che interessa

Barrare con una X la voce che interessa

5. di essere a conoscenza dei criteri di precedenza di accesso al servizio così come stabiliti all'art.5 del Regolamento Comunale "Servizio Taxi Sociale";
6. di aver preso visione del vigente Regolamento Comunale "Servizio Taxi Sociale", approvato con delibera con delibera di C.C. N. 61 del 04/10/2016, che costituisce, a tutti gli effetti di legge, contratto d'utenza, le cui condizioni contrattuali generali sono approvate con la sottoscrizione del presente modulo di richiesta, ai sensi delle vigenti normative e ai sensi degli artt.1341 e 1342 del codice civile.
7. che il medico curante del servizio sanitario nazionale è il dott. _____

DICHIARA, altresì,

- Di essere a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n°445 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci;
- Di essere a conoscenza che sui dati dichiarati il Comune di Cinquefrondi, attiverà ai fini dell'accertamento della veridicità delle Dichiarazioni Sostitutive e dell'ISEE, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. n.445/2000, le verifiche sull'effettiva situazione socio-economica e controlli diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite;
- Di esonerare il Comune di Cinquefrondi da ogni responsabilità civile e penale per eventi che dovessero verificarsi durante il tragitto;
- Di essere a conoscenza, ai sensi del D. Lgs. 30.6.2003 n°196 e s.m.i., che:
 - il trattamento dei dati conferiti con la presente istanza è finalizzato allo sviluppo del procedimento amministrativo relativo all'accesso al beneficio richiesto;
 - il trattamento degli stessi sarà effettuato con modalità informatizzate e/o manuali;
 - il conferimento dei dati è obbligatorio per il corretto sviluppo dell'istruttoria e degli altri adempimenti procedurali;
 - il mancato conferimento di alcuni o di tutti i dati richiesti comporta l'annullamento del procedimento per impossibilità a realizzare l'istruttoria necessaria;
 - il titolare del trattamento dei dati è il Comune di Cinquefrondi, Settore Politiche Sociali.

Allega alla presente:

- a) Copia del proprio documento di riconoscimento;
- b) Copia certificazione ISEE;
- c) La seguente documentazione (*certificazione medico-specialistica, ogni altra documentazione ritenuta utile per l'accoglimento della stessa domanda*):

1. _____

2. _____

3. _____

Cinquefrondi, li _____

IL RICHIEDENTE