

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