



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

**OGGETTO: Richiesta servizio di trasporto 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/familiare (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 proprio familiare/ che il suddetto disabile (cancellare le voci che non interessano) usufruisca del servizio di trasporto riservato alle persone disabili
- di chiedere, ai sensi dell'art.8 del vigente Regolamento, l'ammissione al servizio trasporto per sé/per il proprio familiare/ per il suddetto disabile;

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 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.i.i.)

secondo le seguenti modalità: (indicare il periodo, i giorni della settimana, le ore della prestazione e la/le destinazione/i)

Giorno	Destinazione	Orario di Arrivo	Orario di Rientro	Note

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	PARENT ELA	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 la/le motivazione/i)

1) \_\_\_\_\_ ;

2) \_\_\_\_\_ ;

3) \_\_\_\_\_ ;

**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 imprevisti 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 autorizzare la Ditta a lasciare, solo a casa, al termine del servizio, il destinatario dello stesso;**

**i) 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.

**l) 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) attestazione 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) \_\_\_\_\_

**m) 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 \_\_\_\_\_