



Comune di SOVERE

Provincia di BERGAMO

UFFICIO SERVIZI ALLA PERSONA

Tel. 035 981107 int.1

Via G. Marconi 6 - 24060

Fax 035 981762

e-mail info@comune.sovere.bg.it

DOMANDA DI ADESIONE AL SERVIZIO TRASPORTO SOCIALE

Il sottoscritto _____
nato a _____ in data _____
residente in _____ (indirizzo completo)
Codice Fiscale _____
Telefono _____ e-mail _____
In qualità di _____ (genitore/tutore/parente ecc)

CHIEDE

di usufruire del servizio denominato "PROGETTO TRASPORTO SOCIALE" per il seguente motivo:

- visite mediche presso ospedali/cliniche o strutture socio-sanitarie;
- cicli di cura (chemioterapia, radioterapia, fisioterapia, iperbarica);
- cure o specifici trattamenti a carattere continuativo (medicazioni particolari);
- altro (specificare);

I soggetti a cui è riservato il trasporto sono:

dati anagrafici del beneficiario (se diverso dal richiedente)

Cognome Nome _____
nato a _____ in data _____
residente in _____ (indirizzo completo)

dati anagrafici dell'/degli accompagnatore/i (se diversi dal richiedente)

Cognome Nome _____
nato a _____ in data _____
residente in _____ (indirizzo completo)

Cognome Nome _____
nato a _____ in data _____
residente in _____ (indirizzo completo)

- L'utente **DEVE** essere accompagnato in carrozzina;
- L'utente **NON È IN POSSESSO** di una carrozzina propria;
- L'utente **È** in possesso del tesserino disabili n. _____;
- Il trasporto **NECESSITA** di accompagnatore;

Dati dell'automezzo:

- FIAT DOBLO'
- altro _____

AREA RISERVATA ALL'UFFICIO

Percorso da effettuarsi: (giorno o periodo) _____

	Data	Da	A	Orario Prestazione Sanitaria	Durata
Andata					
Ritorno					
Andata					
Ritorno					
Andata					
Ritorno					

DICHIARA DI TROVARSI NELLE SEGUENTI CONDIZIONI

- Non posso spostarmi da solo perché _____
- La mia rete familiare e/o informale di riferimento non mi può accompagnare perché:
 - vivo da solo o con altri soggetti fragili senza alcuna rete significativa di riferimento;
 - la mia rete non è in grado di fronteggiare il mio bisogno perché _____
 - la mia rete è parzialmente in grado di fronteggiare il mio bisogno perché _____
- altro (specificare) _____

RECAPITI PARENTI O ALTRI ABILITATI

È indispensabile individuare e segnalare i nominativi di una o più persone di fiducia (parenti, amici, conoscenti, o altri), disponibili ad intervenire in caso di chiamata.

cognome e nome _____ rapporto col beneficiario _____
residente in _____ nr. _____ città _____
tel. _____ cell. _____

cognome e nome _____ rapporto col beneficiario _____
residente in _____ nr. _____ città _____
tel. _____ cell. _____

SI IMPEGNA A

- collaborare con il servizio sociale e con i volontari coinvolti nella realizzazione del trasporto sia nella fase di valutazione che di realizzazione di quanto richiesto;
- comunicare tempestivamente ogni significativa variazione rispetto a quanto concordato;
- al pagamento delle quote per la fruizione del servizio come da tariffe stabilite dalla Giunta Comunale;

il servizio viene erogato con modalità: GRATUITA A PAGAMENTO **AREA RISERVATA ALL'UFFICIO**

- importo _____
- altro _____

A COMPLEMENTO DELLE NOTIZIE SOPRA RICHIESTE SI RITIENE IMPORTANTE SEGNALARE QUANTO SEGUE:

INFORMATIVA D.Lgs. 30.06.2003 n. 196: Ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo 30.06.2003 n. 196 ("codice in materia di protezione dei dati personali") si informa che i dati personali verranno trattati per la gestione del servizio. Tutti i dati non verranno comunicati a nessun altro soggetto.

Il dichiarante è consapevole delle dichiarazioni sopra riportate (riguardanti gli stati, qualità personali o fatti necessari ai fini dell'autorizzazione richiesta ed autocertificabili ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000) e delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del d.P.R. 28.12.2000 n.445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi.

Ai sensi dell'art.38 del D.P.R. del 28.12.2000, n.445 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata all'ufficio competente, unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore. E' ammessa la presentazione anche via fax, per via telematica o a mezzo posta.

Sovere, il _____

Firma _____