**ALLEGATO “A”**

 All’Ambito Territoriale di Locri

 Comune capofila Locri

**ISTANZA DI ACCESSO AL SERVIZIO DI TRASPORTO SOCIALE**

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F.:\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con la presente

**CHIEDE**

di poter accedere al servizio di Trasporto Sociale a favore di

□ Se stesso

□ del/la signor/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ C.F.:\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ e residente in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PER LA SEGUENTE MOTIVAZIONE:

□ visite mediche presso ospedali/cliniche o strutture socio-sanitarie

□ cicli di cura

□ cure o specifici trattamenti a carattere continuativo

□ altro (specificare) :

PER LA SEGUENTE DESTINAZIONE: (indicare se già nota)

da :

a:

FREQUENZA E ORARIO DEL SERVIZIO: (indicare se già noti)

- Data iniziale della prestazione:

- Orario di inizio della prestazione (sul posto):

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del Testo Unico emanato con D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445 e

consapevole del fatto che gli atti falsi e le dichiarazioni mendaci sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

□ che il destinatario per cui si chiede l’ammissione al servizio è residente nel Comune di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, appartenente all’Ambito Territoriale di Locri- Comune Capofila Locri;

□ che il destinatario per cui si chiede l’ammissione al servizio non usufruisce di altri servizi di trasporto gratuito o buoni spendibili per l’acquisto del medesimo erogati da Enti pubblici;

□ di accettare tutte le condizioni stabilite nell’Avviso Pubblico;

□ che ha un nucleo familiare composto da n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ persone come indicato di seguito:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| N. | COGNOME E NOME | LUOGO E DATA DI NASCITA | PARENTELA | CODICE FISCALE |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Precisare se si tratta di persona carrozzata con necessità di viaggiare seduta sulla sedia a rotelle.

 □ SI □ NO

 □ Persona allettata

Allega: fotocopia documento di riconoscimento richiedente/beneficiario

 fotocopia certificazione ex Legge 104/92 – oppure fotocopia certificazione di invalidità

 fotocopia attestazione ISEE in corso di validità

Luogo e data

 Firma

Il/La sottoscritto/a autorizza ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e successive modificazioni ed integrazioni il trattamento dei dati personali raccolti anche con strumenti informatici esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data Firma