

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI
DISTRETTO SOCIO SANITARIO N.

Comuni di

Ambito Territoriale di

Alla PUA Distretto S.S. n..... - ASL BA -
Via

Comune di

OGGETTO: Richiesta servizio di trasporto socio - riabilitativo per 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 (cancellare le voci che non interessano)

del sig./sig.ra _____

nato/a a _____, provincia di _____

il _____ e residente a _____

in Via _____ n. _____

tel. _____ indirizzo e-mail _____

CHIEDE

di usufruire del servizio di trasporto riservato alle persone disabili (cancellare la voce che non interessa) :

per se stesso;

per il proprio familiare sig./sig.ra _____

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,

D I C H I A R A

(Art. 46 e 47 - D.P.R. 28.12.2000, n.445)

a) che il destinatario del servizio frequenta/ frequenterà

Centro di riabilitazione pubblico, o accreditato, ex art. 26 L. 833/78, e contrattualizzato con la ASL BA

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

Denominazione e indirizzo struttura/e: _____

Giorno	Destinazione (denominazione struttura)*	Orario Arrivo	Orario Rientro	Giorno	Destinazione (denominazione struttura)**	Orario Arrivo	Orario Rientro
Lunedì				Lunedì			
Martedì				Martedì			
Mercoledì				Mercoledì			
Giovedì				Giovedì			
Venerdì				Venerdì			
Sabato				Sabato			

* periodo: dal () al ()

** 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 famiglia convivente con il destinatario del servizio si compone come indicato di seguito:

N	COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	PARENTE LA	ATTIVITA' LAVORATIVA

c) di essere/che il destinatario è:

- deambulante
 non deambulante
 carrozzina

d) 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 imprevisi sopravvenuti (ad esempio malattia del trasportato);
- a comunicare in tempo utile, con nota scritta, alla PUA del Distretto Socio Sanitario, 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;

e) 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)

f) di essere consapevole che:

- la reiterata inosservanza di quanto indicato nel precedente punto d) comporterà la dimissione dal servizio;

- che l'Ambito Sociale definirà l'eventuale forma di compartecipazione alle spese da parte degli utenti del servizio di Trasporto a seguito della valutazione socio-economica da parte dell'Ambito e nella misura dallo stesso indicata;
- che il Distretto Socio Sanitario e l'Ambito potranno, in qualunque momento, accertare la veridicità di quanto dichiarato nella presente istanza.

g) di allegare la seguente documentazione:

- a) attestazione handicap così come definito dall'art. 3 comma 3 della legge 104/92;
- b) programma terapeutico riabilitativo con l'indicazione di patologia prevista dai LEA, della durata del trattamento e della modalità di erogazione: continuativa o ciclica;
- c) fotocopia di un documento di identità in corso di validità del firmatario l'istanza;
- d) Dichiarazione Unica Sostitutiva ISEE in corso di validità;
- e) autocertificazione e/o documentazione idonea dell'interessato, dei suoi familiari o di altri conviventi atti a giustificare l'impossibilità ad effettuare il trasporto;
- f) altra documentazione probatoria comprovante quanto dichiarato nella presente domanda (indicare quale)
 - 1) _____
 - 2) _____
 - 3) _____

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 Protocollo d'Intesa del Servizio adottato tra la ASL Bari/Distretto Socio Sanitario e Ambito con delibera _____ 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 _____