

Richiesta Servizio Trasporto Sociale – Taxi Sociale

Il/La sottoscritto/a, in qualità di beneficiario:

Cognome		Nome	
Nato/a a		il	
Residente a		Prov.	
Indirizzo		CAP	
Codice fiscale			
Tel.		Cell.	
e-mail			

Familiare / Tutore del beneficiario/Accompagnatore

Cognome		Nome	
Nato/a a		il	
Residente a		Prov.	
Indirizzo		CAP	
Codice fiscale			
Tel.		Cell.	
e-mail			

CHIEDE

Di accedere al Servizio Trasporto Sociale – Taxi Sociale.

A tal fine, ai sensi dell'art. 5 del vigente regolamento sul servizio in questione, **DICHIARA** [ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000] di rientrare in una delle sottoelencate tipologie, (*barrare la casella che interessa*):

- ☐ **persone anziane ultrasessantacinquenni** in condizioni di svantaggio socio-economico e sanitario e/o privo di mezzo proprio o con reti familiari carenti;
- ☐ **soggetti portatori di deficit psico-fisico e con un grado d'invalidità superiore al 74%;**
- ☐ **soggetti con temporanea riduzione delle capacità motorie** tale da rendere impossibile o gravemente difficoltosa la fruizione dei normali mezzi di trasporto pubblico o con invalidità anche temporanea alla guida;
- ☐ **utenti minori di età** (anche diversamente abili) con i requisiti di cui ai precedenti due punti, accompagnati da un genitore e/o da un tutore o da persona delegata formalmente dai medesimi;
- ☐ **Persona segnalata dai servizi sociali del Comune;**

DICHIARA ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000
(compilare e barrare con una X le caselle di interesse)

- ☐ l'impossibilità dei propri familiari (ovvero dei familiari del beneficiario) ad effettuare il trasporto;
- ☐ di conoscere e accettare le condizioni previste dal Regolamento del Servizio di Trasporto – Taxi Sociale;
- ☐ di essere consapevole che, trascorsi 15 (quindici) minuti dall'orario di partenza preventivamente comunicato dall'Ente, in caso di assenza presso la sede stabilita non verrà rimborsata la quota versata;
- ☐ di essere consapevole che L'Ente è esonerato da ogni responsabilità per danni, infortuni od altro che dovesse accadere agli utenti presi in carico durante l'esecuzione del servizio.
- ☐ di impegnarsi ad effettuare a favore del Comune il pagamento della tariffa, ove dovuta, con obbligo di consegnare la ricevuta attestante il versamento entro 2 (due) giorni dalla presentazione dell'istanza;
- ☐ di essere a conoscenza delle norme di utilizzo del servizio e di essere consapevole che il servizio viene svolto da personale non specializzato in materia sanitaria, che si occuperà del mero trasporto;
- ☐ di avere diritto all'esenzione dal pagamento della tariffa (valore ISEE ordinario pari o inferiore ad €. 3.000,00).

Presa visione dell'Avviso pubblico e del Regolamento del Comune di Bitritto relativo all'oggetto e delle condizioni in esso riportate,

La richiesta è formulata per accedere presso: _____ (indicare struttura/ufficio/sede del servizio assistenziale o sanitario), ubicata nel raggio di _____ km.

Il/la richiedente, infine, **ALLEGA I SEGUENTI DOCUMENTI:** [barrare il riquadro se è stato allegato il relativo documento]

☐	Copia non autenticata del documento di identità del richiedente in corso di validità (obbligatorio);
☐	Attestazione ISEE (in corso di validità) relativa alle condizioni economiche e patrimoniali rilasciata ai sensi del D. Lgs. 109/98 come modificato dal D. Lgs. 130/00. L'attestato una volta presentato resta gli atti e va rinnovato annualmente (se il valore ISEE è inferiore a 3.000,00 il beneficiario è esonerato dal pagamento della tariffa di trasporto);
☐	Ricevuta di versamento Pago PA
☐	Altra documentazione

Il sottoscritto/a consapevole che potranno essere eseguiti controlli diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite e che, nel caso in cui tali informazioni risultano essere mendaci, verranno applicate nei suoi riguardi le sanzioni previste dal codice penale (art. 76 del D.P.R. 445/2000) e dalle leggi speciali in materia di falsità negli atti, nonché l'esclusione dai benefici indebitamente percepiti (art. 75 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445), dichiara che tutto quanto riportato nel presente modulo, nonché nella documentazione allegata, corrisponde al vero.

Bitritto, _____

FIRMA

Autista		Tel.	
Ora partenza c/o utente		Ora arrivo c/o struttura	Km.
Ora partenza da struttura		Ora arrivo c/o utente	Km.
			Tot.. Km

Firma dell'utente (per avvenuta fruizione del servizio)

Firma autista
