



COMUNE CAPOFILA CASTROVILLARI

All'Ufficio di Piano Comune Capofila di Castrovillari
PEC: protocollo@pec.comune.castrovillari.cs.it

DOMANDA DI ACCESSO AL SERVIZIO DI TRASPORTO SOCIALE IN FAVORE DEI PERCETTORI ADI (ASSEGNO DI INCLUSIONE) E ANCHE DEI NUCLEI FAMILIARI/INDIVIDUI IN SIMILI CONDIZIONI DI SVANTAGGIO ECONOMICO, RESIDENTI NEI COMUNI AFFERENTI L'ATS DI CASTROVILLARI - ANNI 2026/2027 – E CONTESTUALE DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO DI NOTORIETA' rese ai sensi artt. 46 e 47 del DPR n.445/2000.

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____

il _____ residente a _____

Via _____ Telefono n. _____

Cell. _____ Codice Fiscale _____

- in qualità di diretto/a interessato/a
- in qualità di familiare
- in qualità di tutore/amministratore di sostegno

del Sig./ra _____ nato/a _____ il _____

residente a _____ Via _____ Codice

Fiscale _____ per il quale si richiede servizio di trasporto.

Presenta domanda per la fruizione del servizio di trasporto

Nel seguente periodo o giorno: _____ per n. _____ viaggi.

Luogo di partenza: _____ (indicare Via e Comune)

Luogo di arrivo: _____



COMUNE CAPOFILA CASTROVILLARI

(indicare denominazione struttura, Via e Comune)

per l'effettuazione di _____

(indicare la motivazione del trasporto), nei seguenti orari: _____

Dichiara di (per se stesso o per conto di):

- Essere residente in uno dei Comuni afferenti all'Ambito Territoriale di Castrovillari, ovvero: _____
- Rientrare in una delle seguenti categorie (flaggare):
 - Avere una motivata condizione di bisogno derivante dalla mancanza di autonomia nel poter soddisfare i propri bisogni;
 - Assenza o limitata presenza di una rete familiare che possa provvedere alle esigenze di spostamento della persona.
- Rientrare in una delle seguenti categorie (flaggare):
 - Essere percettore Assegno di Inclusione (ADI)
 - Possessore ISEE familiare non superiore a 10.140 €

Patologia paziente: _____ (indicare se presente)

Deambula si no Necessita di ausili si no

Assistito da un familiare durante il trasporto si no

Tipologia del trasporto: Sanitario Sociale

Indicazioni dettagliate sul posizionamento dell'abitazione (piano della casa nel palazzo, presenza o meno di strade strette per recarsi all'abitazione, presenza di scale, altri impedimenti possibili.)



COMUNE CAPOFILA CASTROVILLARI

Servizio richiesto:

Ambulanza Automezzo per disabili Autovettura

Tot. Km per viaggio (andata e ritorno) _____ Numero viaggi _____

_____ Ora partenza _____ Ora rientro _____

Dichiara inoltre:

- di esonerare l'ATS di Castrovillari da ogni responsabilità per eventi che dovessero verificarsi durante il trasporto.
- di impegnarsi a comunicare immediatamente all'Ufficio ogni notizia che modifichi la situazione sopra dichiarata.
- di essere a conoscenza dell'informazione resa ai sensi dell'art.13 del D.Lgs. 30/06/2003 n.196 (Codice della Privacy).

Il/La sottoscritto/a è consapevole che il Comune di Castrovillari (Coordinatore del servizio) effettuerà i necessari controlli, a campione, o, qualora sussistano ragionevoli dubbi, sulla veridicità delle dichiarazioni rese.

AVVERTENZA: DPR 28/12/2000 N.445 ART.76 (1° comma) – “LE DICHIARAZIONI MENDACI, LA FALSITA’ NEGLI ATTI E L’USO DI ATTI FALSI NEI CASI PREVISTI DALLA PRESENTE LEGGE SONO PUNITI AI SENSI DEL C.P. E DELLE LEGGI SPECIALI IN MATERIA”.

Il /la sottoscritto/a è consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci:

- incorre nelle sanzioni penali all'uopo previste dalla normativa vigente,
- perde il diritto ad usufruire di eventuali successive prestazioni.



COMUNE CAPOFILA CASTROVILLARI

Data,

Letto, confermato, sottoscritto

Il/La sottoscritto/a....., alla presente domanda per fruire del servizio di trasporto sociale, allega la seguente documentazione:

- Documentazione sanitaria attestante condizione di disabilità o altra certificazione medica, se in possesso;
- Documentazione attestante la prenotazione/appuntamento/convocazione;
- Copia fotostatica del documento di identità e del codice fiscale in corso di validità del richiedente e del beneficiario, se diverso dal richiedente;
- ISEE ordinario in corso di validità.

Data

Il/La Dichiarante

.....