



COMUNE DI AVETRANA

Provincia di Taranto

Alla c.a. del Responsabile del Settore

Servizi Sociali

Oggetto: Richiesta Taxi Sociale

Il/LA Sottoscritt_____ Nat_ a _____ prov.____
Il _____ e residente ad Avetrana in via _____
Tel/cel _____ Mail _____

CHIEDE

Di poter usufruire del servizio sperimentale denominato "TAXI SOCIALE" trovandosi nelle seguenti condizioni:

- a) anziani (non autosufficienti o parzialmente autosufficienti) o persone equiparate, ai sensi delle vigenti disposizioni;
- b) persone adulte in possesso di invalidità civile, o affette da momentanea e certificata patologia invalidante, impossibilitate ad usare altri mezzi;
- c) pazienti oncologici;
- d) disabili certificati, ai sensi delle vigenti normative.

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali che si assume in caso di dichiarazioni false (ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000) e della conseguente decadenza dei benefici eventualmente conseguiti, sotto la propria responsabilità.

Per le seguenti fattispecie di trasporto:

- 1) accompagnamento individuale a visite mediche o specialistiche;
- 2) accompagnamento per esami clinici;

Dichiaro di avere necessità di assistenza durante viaggio .

Dati accompagnatore –nome e cognome _____

nato a _____ il _____ documento d'identità _____

Inoltre, dichiaro di essere consapevole che :

- 1) il servizio “Taxi Sociale” viene fornito in via sperimentale, senza alcun obbligo di continuità per l’Ente.
- 2) di autorizzare il trattamento dei dati forniti saranno utilizzati esclusivamente per i fini istituzionali del servizio, come previsto dalla normativa vigente in materia di privacy.

Richiedo il Servizio “Taxi Sociale” per il giorno/i _____ del mese di _____
anno _____ per la seguente finalità _____

Alla presente allego la seguente documentazione, PENA LA NON AMMISSIONE.

1. Copia del documento di riconoscimento in corso di validità;
2. Certificazione attestante eventuale situazione di handicap o possesso di invalidità;
3. Copia del documento dell’accompagnatore, obbligatorio per minori e per diversamente abili.
- 4 .prescrizione medica.

Il Richiedente