



Piano di Zona Sociale Ambito A04

Comune di Avellino
Piazza del Popolo, 1
Tel. 0825 200 557 - 324 - 316 - 280
pec: ufficioprotocollo@cert.comune.avellino.it



SCHEDA DI ACCESSO SERVIZIO DI TRASPORTO SOCIALE

COMUNE DI:	ASSISTENTE SOCIALE:
------------	---------------------

RICHIESTA DI ATTIVAZIONE RELATIVA AL SERVIZIO DI

TRASPORTO SOCIALE

ANAGRAFICA RICHIEDENTE (SE DIVERSO DALL'UTENTE)

COGNOME:	NOME:
LUOGO E DATA DI NASCITA:	PROV.: CAP:
RESIDENTE:	VIA/P.ZZA:
TEL. FISSO:	TEL. MOBILE:

CHIEDE IL SERVIZIO PER:

CONIUGE GENITORE ALTRO _____

COGNOME:	NOME:
LUOGO E DATA DI NASCITA:	PROV.: CAP:
RESIDENTE:	VIA/P.ZZA:
TEL. FISSO:	TEL. MOBILE:

AUTODICHIARAZIONE (AI SENSI DEL DPR 28 DICEMBRE 2000 N. 445)

IO SOTTOSCRITTO

COGNOME:	NOME:
----------	-------

DICHIARO DI ESSERE:

NATO A: IL:	SESSO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
RESIDENTE A: PROV.:	VIA/P.ZZA:
TEL. FISSO:	TEL. MOBILE:
<input type="checkbox"/> CELIBE / <input type="checkbox"/> NUBILE <input type="checkbox"/> CONIUGATO/A <input type="checkbox"/> VEDOVO/A <input type="checkbox"/> SEPARATO/A	

SERVIZIO RICHIESTO:

<input type="checkbox"/> SPESE SERVIZIO TRASPORTO (vs centri riabilitazione, centri diurni socio-educativi, scuole, abbonamenti linee urbane, noleggio autorizzato) <input type="checkbox"/> SPESE PER SERVIZI (trasporto presso ospedali, cliniche, case di cura, per terapie ecc.) <input type="checkbox"/> SPESE PER L'ACCESSO A SERVIZI O STRUTTURE DI ACCOGLIENZA (per periodi brevi e di emergenza)	Note:
---	-------

DI TROVARMICI IN UNA DELLA SEGUENTI CONDIZIONI:

<input type="checkbox"/> MALATTIA O INVALIDITÀ CERTIFICATA (L. 104/92): _____ <input type="checkbox"/> TEMPORANEA <input type="checkbox"/> PERMANENTE	Note:
--	-------

DICHIARO ALTRESÌ CHE:

<input type="checkbox"/> IL MIO ISEE CORRISPONDE A: _____ <input type="checkbox"/> fino a € 6.524,57 (FASCIA I) <input type="checkbox"/> da € 6.524,58 a € 7.000,00 (FASCIA II) <input type="checkbox"/> da € 7.000,01 a € 8.000,00 (FASCIA III) <input type="checkbox"/> da € 8.000,01 a € 9.000,00 (FASCIA IV)	Note:
--	-------

MODALITÀ DI EROGAZIONE:

<input type="checkbox"/> ATTRAVERSO TERZO SETTORE: _____ <input type="checkbox"/> ATTRAVERSO TRASPORTO PUBBLICO (doc.allegata) <input type="checkbox"/> (in extremis) RIMBORSO DELLA SPESA SOSTENUTA (1/5 benzina)	Note:
---	-------

CONTRIBUTO EROGATO:

<input type="checkbox"/> ALLA PERSONA/NUCLEO FAMILIARE: € 500,00/ANNUO <input type="checkbox"/> AL TERZO SETTORE: € 1.000,00/ANNUO	Note:
--	-------

IN CARICO AI SERVIZI SOCIALI

Documentazione allegata:

- documento di riconoscimento del richiedente;
- certificazione di tipo e gravità della disabilità e/o malattia invalidante temporanea o permanente;

- certificazione medica della terapia prescritta;
- certificazione dell'ospedale e/o altra struttura in cui si evinca l'effettiva presenza dell'utente;
- dichiarazione del centro di riabilitazione attestante che tale centro non ha garantito, gratuitamente, il trasporto per il proprio paziente;
- certificazione ISEE valida;
- documentazione giustificativa delle eventuali spese sostenute per tale servizio.

Il/La sottoscritto/a _____ consapevole di quanto prescritto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, nonché sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R. 445/2000.

Data:

Firma

CONSENSO INFORMATO E AUTORIZZATO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/La sottoscritto/a: _____, acquisite le informazioni fornite ai sensi dell'articolo 13 del D. Lgs. 196/2003,

PRESTA IL SUO CONSENSO NEGA IL SUO CONSENSO
al trattamento ed alla comunicazione dei dati relativi al presente atto ed alle attività ad esso connesse quale:

DIRETTO INTERESSATO SOGGETTO AVENTE RAPPRESENTANZA LEGALE
 SOGGETTO ESERCITANTE PATRIA POTESTÀ TUTORE LEGALE

Inoltre, consapevole che i dati personali e ogni tipo di informazione sulla persona verrà trattata secondo quanto previsto dal D. Lgs n° 196 del 30/06/2003.

AUTORIZZA NON AUTORIZZA
Il trattamento dei dati relativi alla persona.

Data:

Firma

