

All'Amministrazione
del Comune di
CAPONAGO

Oggetto: **Richiesta accesso TRASPORTO SOCIALE per:**
"D2) servizi di terapia, rieducazione e riabilitazione, per le persone diversamente abili, persone anziane e soggetti socialmente svantaggiati" ;
"C) strutture sanitarie

Il sottoscritto _____ nato a _____
_____ il _____ residente in CAPONAGO

Via _____ tel. _____

Codice fiscale _____

in nome e per conto

- proprio
 di mio/a _____ (indicare relazione parentela)

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ il _____ residente a Caponago

C H I E D E

di usufruire, ai sensi dell'art. 41 e seguenti del Regolamento per l'accesso ai servizi socio-assistenziali e socioeducativi: disciplina della compartecipazione economica da parte degli utenti (ISEE) del **SERVIZIO TRASPORTI SOCIALI** organizzato da codesta Amministrazione, per raggiungere:

- la seguente struttura convenzionata (compresa nel raggio di 20 Km):

- la seguente struttura sanitaria (compresa nel raggio di 30 Km)

nei giorni _____ partenza ore _____

per complessivi n. _____ viaggi da effettuarsi nel seguente periodo,

dal _____ al _____

A tal fine,

DICHIARA

consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000),

- di essere a conoscenza delle modalità organizzative relative alla fruizione del servizio di trasporto sociale;
- di essere realmente impossibilitati all'uso dei mezzi pubblici;
- che il beneficiario del trasporto è **DIVERSAMENTE ABILE** con una **INVALIDITA' CIVILE** riconosciuta al 100% di cui si allega certificazione;
- di non avere parenti in grado di provvedervi;
- di impegnarsi a comunicare all'Ufficio Politiche Socio-Assistenziali qualsiasi variazione;
- di essere un soggetto socialmente svantaggiato, **come accertato dalla relazione dell'Assistente Sociale che si allega;**

CHIEDE

- di accedere alle prestazioni agevolate avendo un reddito ISEE pari a _____, come da attestazione ISEE in corso di validità protocollo INPS n. _____

Caponago, _____

Firma

Parere Assistente Sociale _____

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 445/2000.

Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445 del 28/12/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata all'Ufficio competente via fax, tramite un incaricato oppure a mezzo posta, insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento di identità del dichiarante.

- Firma apposta avanti al Funzionario _____
- Si allega fotocopia C.I. n. _____ del _____ rilasciata dal Comune di _____