N._____ Scade il_____ Sem. ☐ Ann. ☐

AL COMUNE DI CORREGGIO

MODULO DI RICHIESTA TRASPORTO

(i dati della presente domanda devono essere riferiti all'utente del servizio)

Il/la sottoscritto/a _____ _____richiedente il servizio di trasporto,

nato/a _____il _____ residente nel Comune di CORREGGIO in

Via _____ n. _____ Tel./cell./mail _____

CHIEDE L'ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI TRASPORTO e a tal fine DICHIARA

- di trovasi in **condizione di non autonomia e/o dipendenza da altri** per accedere a servizi/presidi sanitari (medico di base, CUP, poliambulatori,ospedali ecc.),
- di **non avere la possibilità** di spostamento **tramite familiari o mezzi pubblici** ,
- di essere in **una** delle seguenti condizioni (barrare la voce che interessa):

☐ persona anziana non autosufficiente che necessita di mezzi attrezzati, [*punto* a) *del Regolamento*];

☐ persona diversamente abile da un punto di vista motorio, [*punto* b) *del Regolamento*];

☐ persona sola che non ha la possibilità di usufruire di accompagnatori o mezzi di trasporto e che per problemi di salute deve recarsi presso presidi sanitari/ riabilitativi/ socio-educativi/ psicoterapeutici situati anche fuori Comune [*punto* c) *del Regolamento*];

☐ persona anziana che pur essendo autosufficiente necessita di cure od esami non continuativi presso presidi sanitari situati ad oltre 2 Km dalla propria abitazione e non ha possibilità alternative di spostamento tramite familiari (residenti entro 20 km) o mezzi pubblici, [*punto* d) *del Regolamento*];

☐ persona anziana che pur essendo autosufficiente necessita di terapie in termini continuativi presso presidi sanitari situati ad oltre 2 Km dalla propria abitazione e non ha possibilità alternative di spostamento tramite mezzi pubblici, [*punto* e) *del Regolamento*];

☐ persona anche temporaneamente non autosufficiente, sprovvista di possibilità alternative di spostamento, [*punto* f) *del Regolamento*];

☐ persona che deve fare assistenza ad indigenti già ricoverati, sprovvista di possibilità alternative di spostamento in relazione agli orari di presenza nell'ospedale e nel numero massimo di uno per indigente, [*punto* g) *del Regolamento*];

Il mancato possesso di uno dei sopraindicati requisiti è motivo di esclusione dall'accesso al servizio.

Il sottoscritto dichiara altresì di possedere una invalidità del _____% e/o di essere stato visitato dall'UVG/UVM in data _____

Il sottoscritto dichiara altresì di essere stato informato correttamente sul funzionamento del servizio e sulle modalità di pagamento dello stesso che accetta e si impegna a rispettare.

Il sottoscritto esprime altresì il consenso scritto al trattamento dei dati personali ivi compresi quelli sensibili ai sensi del D. Lgs. N.196 del 30.06.2003 da parte dell'Unione Comuni Pianura Reggina e Comune di Correggio, Responsabile Dr. Parmiggiani Luciano.

Consapevole di quanto segue a dichiarazioni false e mendaci ai sensi della vigente normativa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 recante il Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa.

Correggio lì, _____ _____
(firma)

Per conto dell'interessato la presente attestazione viene firmata in qualità di _____
dal/la Sig./ra _____residente in _____
in Via_____n._____ che se ne assume la responsabilità.

Firma

_____

RISERVATO ALL'UFFICIO

La condizione del richiedente non ricade nella casistica prevista dal Regolamento del Servizio di Trasporto Sociale e pertanto necessita di una valutazione da parte del Servizio Sociale Integrato a cui si rimanda per i seguenti motivi:

- ☐ ANZIANI over 65 con figli res. nel Comune;
- ☐ ADULTI non disabili;
- ☐ MINORI con disabilità;
- ☐ CITTADINI (anziani-adulti-minori) che necessitano di terapie oltre il numero previsto dal Regolamento (10 corse).

E' concessa l'iscrizione al servizi di Trasporto Sociale ☐ SI ☐ NO

Alle seguenti condizioni:

_____

_____

Data_____ Firma

_____