

# Comune di Rose

PROVINCIA DI COSENZA

Pec: [protocollo.comune.rose.cs@pec.it](mailto:protocollo.comune.rose.cs@pec.it)

## **RICHIESTA ATTIVAZIONE SERVIZIO DI TRASPORTO SOCIALE**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_ NAT \_\_\_\_\_  
A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_ RESIDENTE  
A \_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_  
N° \_\_\_\_\_ NUMERO TELEFONO \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

Consapevole della responsabilità penale cui si può andare incontro in caso di dichiarazioni non rispondenti a verità.

**C H I E D E**

### **DI POTER USUFRUIRE DEL SERVIZIO TRASPORTO COMUNALE**

e al tal fine precisa quanto segue:

1. Di essere in una delle seguenti condizioni:
  - A. minore disabile, disabile, frequentante quotidianamente scuola dell'obbligo, centro di formazione e centri semi-residenziali a carattere socio-educativo, formativo e socio-formativo;
  - B. minore, disabile, anziano sottoposto a trattamento ambulatoriale riabilitativo **(2)**  
in modo continuativo (entro una distanza massima di 30km), in assenza di familiari in grado di garantire l'accompagnamento per **impossibilità oggettiva comprovata**
  - C. anziano, disabile, invalido civile con invalidità all'80% che necessita di servizio di trasporto occasionale per l'accesso ad accertamenti diagnostici, terapie ambulatoriali brevi ed altre prestazioni erogate dai presidi ospedalieri operanti in Cosenza e territori limitrofi.  
Il servizio verrà erogato in assenza di familiari in grado di garantire l'accompagnamento per **l'impossibilità comprovata. (3)**

---

**(1)** la richiesta potrà essere presa in considerazione solo se presentata **7 (sette)** giorni prima della data del trasporto richiesto. Tale richiesta non potrà essere presentata con un anticipo superiore ad **un mese** dalla data del trasporto richiesto

**(2)** l'ammissione a questa tipologia di servizio potrà essere concessa previa attenta verifica da parte dell'Ufficio facendo riferimento ai criteri specificati nel regolamento.

**(3)** l'ammissione a questa tipologia di servizio potrà essere concessa previa attenta verifica da parte dell'Ufficio facendo riferimento ai criteri specificati nel regolamento.

2. di avere i seguenti familiari aventi raggiunto la maggiore età':

NOME	COGNOME	IN POSSESSO DI PATENTE B	MOTIVO PER CUI E' IMPOSSIBILITATO AD EFFETTUARE IL TRASPORTO	DISPONIBILITA' ALL'ACCOMPAGNAMENTO (SU MEZZO COMUNALE)	MOTIVO PER CUI IMPOSSIBILITATO EFFETTUARE L'ACCOMPAGNAMENTO	AD

Indicare nominativi e recapiti telefonici di eventuali conoscenti individuati, disponibili ad effettuare l'accompagnamento(DOVE NECESSARIO), nei giorni e negli orari richiesti. Le figure individuate devono essere maggiorenni:

---



---



---

3. destinazione ed orari del trasporto richiesto:

---



---



---

Quantità (numero) di accompagnamenti richiesti in totale:

---



---

Di fronte alla richiesta di un servizio a carattere continuativo, non riguardante l'utenza indicata nel punto "1 A." dell'art. 2 (minore disabile, disabile, frequentante **quotidianamente** scuola dell'obbligo, centro di formazione e centri semi-residenziali a carattere socio-educativo, formativo e socio formativo), il Comune di Rose si rende disponibile a concedere un massimo di n . 20 (venti) trasporti annuali per persona,compatibilmente con le disponibilità del servizio, programmando un calendario che tenga conto delle disponibilità di entrambi le parti.

4. indicare particolari patologie o situazioni di invalidità:

---



---



---

(segnare con una "X" le voci che identificano la situazione del richiedente)

☐ PERCEPISCE L'INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO ☐ USUFRUISCE DELLA LEGGE 104

☐ NON AUTOSUFFICIENTE

☐ AUTOSUFFICIENTE

☐ CAMMINA CON AUSILIO

☐ DIFFICOLTA' MOTORIE

(stampella, bastone, tripode, deambulatore, altro)

☐ CAMMINA SENZA AUSILIO (fatiche motorie)

- ☐ UTILIZZO CARROZZINA
- ☐ E' IN GRADO DI STARE SEDUTO IN MACCHINA
- ☐ DIFFICOLTA' DI COMUNICAZIONE
- ☐ NECESSITA DI ASSISTENZA CONTINUATIVA

5. alla richiesta è necessario allegare:

- attestazione riguardante l'appuntamento fissato da un centro ospedaliero/riabilitativo per il quale viene richiesto il servizio trasporti;
- attestazione ISEE in corso di validità;

6. tenendo conto del valore risultante dall'attestazione ISEE e del numero di servizi richiesti, la G.C. si riserva la previsione di determinare l'entità del contributo di compartecipazione.

7. in relazione a quanto previsto dalla legge sulla Privacy – Regolamento UE 679/2016: “Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al Trattamento dei Dati Personali”, esprime il proprio consenso alla raccolta e al trattamento dei dati riportati nella presente dichiarazione, entro i limiti e secondo le finalità previste dalla legge.

FIRMA DEL RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_

**La corretta compilazione della “ richiesta di attivazione” permette all’Ente di garantire a tutti i cittadini l’utilizzo del servizio in modo equo e proporzionato, in relazione alla disponibilità del servizio stesso.**