

MODELLO PER RICHIEDENTE = BENEFICIARIO

**Al Comune di
MONTEGRIDOLFO**

RICHIESTA DI ACCOMPAGNAMENTO SOCIALE

Io sottoscritto/a (cognome e nome) _____
Nato/a il _____ a _____ ()
Residente a _____ ()
In via/piazza _____ N. _____ Int. _____
Domiciliato (se diverso dalla residenza) _____ ()
In via/piazza _____ N. _____ Int. _____
Codice Fiscale _____ Tel. _____ Cell. _____

CHIEDO LA REALIZZAZIONE DELL'ACCOMPAGNAMENTO SOCIALE IN QUALITA' DI BENEFICIARIO

SCOPO DELL'ACCOMPAGNAMENTO SOCIALE

- visita medica/specialistica/esami clinici, presso _____ giorno _____ ora _____;
- cure fisiche, presso _____ giorno _____ ora _____;
- servizi Socio/Assistenziale presso _____ giorno _____ ora _____;
- servizi legati alle necessità di vita quotidiana (specificare) _____
presso _____ giorno _____ ora _____;

A TAL FINE DICHIARO

- di essere persona ultrasessantacinquenne e/o disabile non autosufficiente o parzialmente autosufficiente, privo/a di patente di guida o automezzo;
- di essere persona in possesso di invalidità momentanea e certificata che ostacola la mobilità autonoma;
- di vivere a significativa distanza dal centro abitato, dai mezzi di trasporto, dai servizi;
- di non avere familiari di riferimento e/o con situazioni familiari altamente multi problematiche;
- di essere persona in carico e/o segnalati dai Servizi pubblici socio-sanitari
- di avere un ISEE in corso di validità di Euro _____

DICHIARO INOLTRE

- di non avere famigliari prossimi di riferimento
- di avere i seguenti famigliari impediti all'accompagnamento

1. _____ residente a _____
In via _____ n. _____ Tel: _____
Motivo dell'impedimento _____
2. _____ residente a _____
In via _____ n. _____ Tel: _____
Motivo dell'impedimento _____
3. _____ residente a _____
In via _____ n. _____ Tel: _____
Motivo dell'impedimento _____

4: _____ residente a _____
In via _____ n. _____ Tel: _____
Motivo dell'impedimento _____

Consapevole ai sensi degli artt. 71/75 del D.P.R. n 455 del 2000 delle responsabilità penali che si assume per falsità in atti e dichiarazioni mendaci e che la non veridicità di quanto dichiarato comporta la decadenza del beneficio dichiarato:

1. che i dati riportati in questa domanda corrispondono al vero;
2. di aver preso visione del regolamento per l'accesso al servizio di trasporto sociale nel distretto di Riccione;

Mi impegno altresì a comunicare tempestivamente all'Ufficio Servizi alla Persona qualsiasi variazione dei dati dichiarati al momento della compilazione del presente modulo.

INFORMATIVA SULL'USO DEI DATI PERSONALI

Art. 13 del Regolamento Europeo n. 697/2016 – in materia di protezione dei dati personali.

La informiamo che i dati personali richiesti nel presente modulo, da lei forniti, saranno trattati unicamente per i procedimenti amministrativi in corso e per i controlli previsti dalla Legge, sia in forma elettronica che cartacea. Le informazioni fornite potranno essere utilizzate e comunicate ad Enti e/o soggetti pubblici nei limiti previsti da norme di Legge o Regolamenti, o quando ciò risulti necessario per lo svolgimento delle funzioni istituzionali. I diritti dell'interessamento in relazione al trattamento dei dati personali sono quelli indicati dal Regolamento sopra citato. Il titolare del trattamento dei dati è il Comune di _____

Allega alla presente:

- fotocopia della carta di identità;
- dichiarazione ISEE;
- verbale di invalidità.

Data _____

Firma _____

Note: A seguito dell'avvenuta iscrizione la prenotazione dovrà avvenire almeno una settimana prima della data di inizio dell'accompagnamento richiesto. La conferma dell'attivazione del servizio avverrà entro le 72 ore successive. Nei casi di urgenza i termini di cui sopra sono ridotti a 3 giorni per la richiesta di attivazione ed a 48 ore per la conferma. In caso di concomitanza di più richieste urgenti nel medesimo giorno e in sedi diverse, si seguirà l'ordine cronologico di prenotazione.