



COMUNE DI LIVORNO

Dipartimento 3 Servizi alla Città-Settore Politiche Sociali ed Abitative

Domanda di accesso al servizio di “Trasporto pubblico per Disabili”
Anno 2017-2018

Al Dirigente del Settore
Politiche Sociali ed Abitative

Il/la sottoscritt.....nat_ a.....
il.....residente a in Via, n° Tel..... C.F indirizzo e mail
..... in qualità di:

persona disabile genitore amministratore di sostegno / tutore

Richiede di poter accedere al servizio di trasporto per disabili riservato a :

- 1) persona con cecità assoluta, comprovata da verbale rilasciato dalla Commissione medica invalidi e ciechi civili competente per territorio
- 2) persona con capacità visiva inferiore a un ventesimo in entrambi gli occhi anche con correzione comprovata da verbale rilasciato dalla Commissione medica invalidi e ciechi civili competente per territorio
- 3) persona con disabilità motoria grave e permanente derivante da impedimento fisico o con disabilità psichica gravi permanente riconosciuto con dichiarazione medica

in favore del/la signor/ranat_ a
il.....residente a in Via..... n°
Tel..... C.F indirizzo e mail

TIPOLOGIA DEL VIAGGIO RICHIESTO

		Orario Ingresso Mattina	Orario Uscita Mattina	Orario Ingresso Pom	Orario Uscita Pom
Scuola	<input type="checkbox"/>	Nome _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lavoro	<input type="checkbox"/>	Nome _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Centro	<input type="checkbox"/>	Nome _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro	<input type="checkbox"/>	Nome _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

N.B. Centro si riferisce al Servizio erogato dai Centri di Socializzazione Diurni nel periodo Convenzionato con la Pubblica Amministrazione; normalmente dal 1 Settembre al 30 giugno

Luogo di partenza abitazione/altro (indicare): Via.....n°....

TRAGITTO ANDATA

DA

A

	Periodo scolastico			Periodo extra scolastico		
	7.00/9.30	12.00/14.30	15.00/17.30	7.30/9.30	12.00/14.30	15.30/17.00
Lunedì	<input type="checkbox"/>					
Martedì	<input type="checkbox"/>					
Mercoledì	<input type="checkbox"/>					
Giovedì	<input type="checkbox"/>					
Venerdì	<input type="checkbox"/>					
Sabato	<input type="checkbox"/>					

TRAGITTO RITORNO

DA

A

	Periodo scolastico			Periodo extra scolastico		
	7.00/9.30	12.00/14.30	15.00/17.30	7.30/9.30	12.00/14.30	15.30/17.00
Lunedì	<input type="checkbox"/>					
Martedì	<input type="checkbox"/>					
Mercoledì	<input type="checkbox"/>					
Giovedì	<input type="checkbox"/>					
Venerdì	<input type="checkbox"/>					
Sabato	<input type="checkbox"/>					

Luogo di ritorno: abitazione/altro (indicare): Via.....n°....

L'utente per cui viene richiesto il servizio di trasporto è in possesso di:

patente di guida: SI NO auto: SI NO

L'utente beneficia del contributo per il progetto "Vita Indipendente": SI NO

Dati della/e persona/e autorizzata/e a prendere in custodia l'utente al ritorno presso il proprio domicilio:

1) Cognome.....Nome.....

Rapporto con l'utente.....Recapito telefonico.....

2) Cognome.....Nome.....

Rapporto con l'utente.....Recapito telefonico.....

3) Cognome.....Nome.....

Rapporto con l'utente.....Recapito telefonico.....

Il sottoscritto:

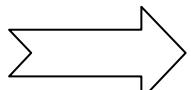
-Dichiara di aver preso visione e di aver accettato le condizioni indicate nel Bando servizio Trasporto Disabili 2017/2018 approvato con Determina e delle Tariffe approvate con delibera di Giunta Comunale n° 354 del 21.07.2016.

-si impegna a segnalare qualsiasi variazione della situazione sopra riportata entro 30 gg dal verificarsi della stessa e a documentare, i qualsiasi momento, quanto dichiarato nella presente istanza.

-dichiara sotto la propria personale responsabilità, la veridicità dei dati riportati nella domanda, consapevole delle conseguenze penali derivanti da affermazioni e dichiarazioni mendaci richiamate dall'art. 76 D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 che automaticamente comportano l'esclusione dai benefici di cui al presente bando.

L'Amministrazione Comunale procederà all'effettuazione di controlli, anche a campione, sulla veridicità di quanto dichiarato, ai sensi degli artt. 71 e 72 del 31 D.P.R. n. 445 del 28.12.2000.

-dichiara, inoltre, di acconsentire al trattamento dei dati personali in conformità della normativa vigente (D.Lgs 196/03 "tutela della privacy") e secondo quanto indicato nel bando del servizio.

Data  Firma

(La firma deve essere apposta in presenza dell'impiegato addetto a ricevere la documentazione oppure se inviata mail oppure consegnata da altra persona deve essere allegata fotocopia del documento di riconoscimento di chi firma).

RICEVUTA DELLA DOMANDA DI "TRASPORTO PUBBLICO PER DISABILI" (da conservare ed esibire in caso di contestazione) PRESENTATA DA.....

DATA/...../201.....

L'IMPIEGATO ADDETTO

NOTA BENE

Alla presente domanda deve essere allegato:

- 1) copia del documento d'identità del richiedente, in corso di validità
- 2) copia del documento d'identità della persona disabile, in corso di validità
- 3) copia della certificazione posseduta indicata ai punti 1) 2) 3) del presente modulo di domanda:
 certificazione L. 104 art. 3. co. 3
 certificazione attestante la cecità assoluta
 certificazione attestante residuo visivo inferiore a un ventesimo da entrambi gli occhi
- 4) una fototessera recente dell'utente
- 5) Certificazione ISEE ordinario ai sensi del DPCM 159/2013 in corso di validità. Solo in casi eccezionali di comprovata difficoltà ad ottenere l'ISEE, temporanea autodichiarazione attestante il valore superiore o inferiore a 10.000 euro del proprio ISEE. La certificazione ISEE dovrà comunque essere consegnata non appena disponibile.

Nel caso in cui si a rilasciata temporanea autodichiarazione ISEE, l'utente si impegna a produrre la certificazione ISEE entro due mesi dall'inizio del servizio, consapevole che in assenza sarà applicata la tariffa massima.

Firma utente