

**OGGETTO: Richiesta attivazione servizio di trasporto disabili;**

Il/la sottoscritto/a.....  
nato/a a ..... il..... residente a TREVI  
frazione..... via..... n°...  
Telefono.....Codice fiscale.....

Amministratore di sostegno

Curatore dell'inabilitato

Tutore dell'interdetto

(Cognome e Nome).....

nato/a a ..... il..... residente a TREVI  
frazione..... via..... n°...  
Codice fiscale.....

**CHIEDE**

di poter usufruire del Servizio di Trasporto Disabili. A tal fine, consapevole delle sanzioni civili e penali previste per il caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti o uso di atti falsi, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

- 1) che l'interessato è non autosufficiente;
- 2) che il nucleo familiare dell'interessato risulta così composto:

| <b>Cognome e nome</b> | <b>Età</b> | <b>Grado di parentela</b> | <b>Professione</b> | <b>Convivente non conv.</b> |
|-----------------------|------------|---------------------------|--------------------|-----------------------------|
|                       |            |                           |                    |                             |
|                       |            |                           |                    |                             |
|                       |            |                           |                    |                             |
|                       |            |                           |                    |                             |
|                       |            |                           |                    |                             |

Annotazioni sulla vita familiare:

---

---

---

- 3) Dichiaro di necessitare del servizio in via prioritaria al fine di essere accompagnato/a verso:
- presidi medico-sanitari (ambulatori, distretto socio-sanitario, farmacia...)
  - servizi e uffici pubblici (servizi postali, banche, uffici comunali...)
  - negozi per acquisti di prima necessità
  - luoghi di culto e strutture per attività culturali e ricreative (Chiesa, centri sociali,...)
- 4) Si impegna a comunicare a questo Ufficio ogni modificazione dell'attuale stato di autosufficienza;
- 5) Che il reddito I.S.E.E. del nucleo familiare dell'interessato (famiglia anagrafica) alla data della domanda è di €.....;
- 6) Dichiaro di acconsentire all'adempimento degli obblighi di compartecipazione al costo del servizio secondo quanto stabilito dal Regolamento disciplinante il Servizio di Trasporto Disabili;

Il sottoscritto, sotto la personale responsabilità dichiara di non aver omesso alcuna notizia ai fini di valutazione della propria situazione economica e familiare e che le notizie sopra dichiarate rispondono a verità. Il sottoscritto è a conoscenza che l'Amministrazione Comunale si riserva la facoltà di effettuare controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni rese.

Si allegano i seguenti documenti:

- Documentazione attestante lo stato di non autosufficienza;
- Attestazione I.S.E.E.;
- Documento di identità in corso di validità;
- Altra documentazione .. .. .

Il trattamento dei dati personali di cui al presente modulo è svolto nel rispetto delle disposizioni del D.Lgs.196/2003 e successive modificazioni ed integrazioni.

Trevi, li.....

Firma.....

**Parte riservata all'Ufficio**

Si esprime parere.....

Data.....Firma.....