



COMUNE DI COSTA DI MEZZATE

VIA ROMA, 19 – C.A.P. 24060 – PROVINCIA DI BERGAMO

Alla C.A Uff. Servizi Sociali

OGGETTO: RICHIESTA DI ACCESSO AL SERVIZIO DI TRASPORTO SOCIALE

Dati beneficiario

Il/La Sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

E residente a Costa di Mezzate in Via/Piazza _____ n° _____

Dati del richiedente, se diverso dal beneficiario

Il/La Sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

E residente a Costa di Mezzate in Via/Piazza _____ n° _____

- Agendo in nome proprio*
- Agendo in qualità di genitore/tutore/rappresentante del sopraindicato beneficiario*

CHIEDE

Di poter usufruire del servizio di trasporto per le/la seguenti destinazione/i
da _____ a _____ presso _____

per le seguenti motivazioni:

- Visite mediche presso ospedali/cliniche o strutture socio sanitarie*
- Cicli di cura (chemioterapia, radioterapia, fisioterapia, iperbarica), socio assistenziale*
- Cure o specifici trattamenti a carattere continuativo (medicazioni particolari)*
- Altro (specificare) _____*

Frequenza e orario del servizio:

data iniziale del servizio _____ data finale del servizio _____

giorni di svolgimento del servizio _____

orario di partenza _____ orario di ritorno _____

- con attesa
- senza attesa



COMUNE DI COSTA DI MEZZATE

VIA ROMA, 19 – C.A.P. 24060 – PROVINCIA DI BERGAMO

A tal fine dichiara

Ai sensi degli art.46 e 47 del D.Lgs 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste all'art.76 per chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso, di rientrare nella seguente categorie (barrare ciò che interessa):

- Anziano over 65*
- Disabile in possesso di invalidità certificata*
- Persona adulta affetta da permanente o momentanea patologia invalidante*
- Minore portatore di handicap*

Di trovarsi nelle seguenti condizioni

Non posso spostarmi da solo perché:

- Vivo da solo o con altri soggetti fragili senza alcuna rete significativa di riferimento
- La mia rete familiare e/o informale di riferimento non mi può accompagnare perché

- Altro specificare _____

Recapiti parenti o persone abilitate in caso di chiamata di emergenza

E' indispensabile indicare i nominativi di persone di fiducia che il servizio può contattare in caso di emergenza

Cognome e Nome _____

Cognome e Nome _____

- Che non è necessaria la presenza di accompagnatore per gli spostamenti dal mezzo a destinazione e viceversa, né di assistenza.*
- Che è necessaria la presenza di accompagnatore per gli spostamenti nonché di assistenza durante il trasporto, che sarà garantita dal Sig./ra _____*

DICHIARA INOLTRE

- di aver preso visione del regolamento comunale del servizio trasporti sociali e che lo stesso viene organizzato nei limiti delle risorse e dei mezzi disponibili
- Di essere a conoscenza che il Comune di Costa di Mezzate potrà effettuare verifiche in merito a quanto autocertificato nella presente richiesta

Costa di Mezzate, il _____

Firma Leggibile _____

Informativa sul trattamento dei dati personali (art.13 del Regolamento Europeo n.679/2016-GDPR), i dati sopra riportati sono prescritti dalle vigenti norme e disposizioni ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

Costa di Mezzate, il _____

Firma Leggibile _____



COMUNE DI COSTA DI MEZZATE

VIA ROMA, 19 – C.A.P. 24060 – PROVINCIA DI BERGAMO

RISERVATO ALL'UFFICIO SERVIZIO SOCIALE

La/Il Sottoscritta/o _____

In qualità di Assistente Sociale del Servizio Sociale, ricevuta a presente istanza unitamente alla documentazione allegata

ESAMINATO il possesso da parte del/la beneficiario/a e dei requisiti minimi previsti per l'accesso al servizio richiesto, la completezza della documentazione e in base a quanto previsto dal regolamento del Servizio

- AUTORIZZA IL SERVIZIO RICHIESTO
- NON AUTORIZZO IL SERVIZIO RICHIESTO

Di ciò informa il richiedente che sottoscrive, trasmettendo al coordinatore del servizio di volontariato civile che organizza.

Costa di Mezzate, Il _____ L'Assistente Sociale _____

Per Ricevuta in data _____ Il Richiedente _____