

Richiesta iscrizione/rinuncia al servizio di TRASPORTO PERSONE INABILI

Al Sindaco del Comune di Settimo Milanese
Piazza degli Eroi, 5
20019 Settimo Milanese
pec: protocollo@postacert.comune.settimomilanese.mi.it

Io sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
e residente in Settimo M.se, via/p.zza _____
n. _____ (Codice Fiscale _____)
Rec. telefonici _____
e-mail/pec _____

CHIEDO

- per me stesso (oppure)
- per il seguente familiare:

Nome e cognome _____
Nato/a a - il _____
Residente a _____
Indirizzo _____
Codice Fiscale _____
Recapiti telefonici _____

- DI USUFRUIRE DEL SERVIZIO DAL _____ AL _____**
- DI RINUNCIARE AL SERVIZIO DALLA DATA DEL _____**

Per i seguenti motivi: _____



Comune di
Settimo Milanese

Sono consapevole che il trasporto, se effettuato, seguirà le disposizioni e le modalità previste dal vigente Regolamento Comunale in materia e (*barrare solo l'opzione che interessa*):

- mi impegno a consegnare la Dichiarazione Sostitutiva Unica per il calcolo delle possibili agevolazioni sul costo delle prestazioni.
- accetto l'addebito del costo non agevolato delle prestazioni.



Ai fini del regolare svolgimento del servizio, comunico i seguenti dati:

Il trasporto dovrà essere effettuato presso:

Struttura _____
Località _____
Indirizzo _____
Telefono _____
Referente _____

Luogo di partenza:

propria abitazione;

struttura scolastica

Struttura _____ Classe _____
Località _____
Indirizzo _____
Telefono _____
Referente _____

altro luogo:

Struttura _____
Località _____
Indirizzo _____
Telefono _____
Referente _____

Luogo di rientro:

propria abitazione;

struttura scolastica

Struttura _____ Classe _____
Località _____
Indirizzo _____
Telefono _____
Referente _____



Comune di
Settimo Milanese



altro luogo:

Struttura _____

Località _____

Indirizzo _____

Telefono _____

Referente _____

Per effettuare:

- visita medica/esami diagnostici;
 - terapia continuativa (*specificare* _____)
 - frequenza Centri Diurni e assimilati;
 - frequenza scolastica (indicare il corso) _____
- _____

Nei seguenti giorni ed orari:

Indicare orari di inizio/fine della visita/terapia/frequenza strutture e non gli orari di partenza/arrivo da e per la destinazione del trasporto.

- Lunedì dalle ore _____ alle ore _____
- Martedì dalle ore _____ alle ore _____
- Mercoledì dalle ore _____ alle ore _____
- Giovedì dalle ore _____ alle ore _____
- Venerdì dalle ore _____ alle ore _____

La persona da trasportare:

- è affetta dalla seguente patologia _____
- _____
- _____
- _____



Comune di
Settimo Milanese



Sistema di Gestione Qualità
UNI EN ISO 9001:2015
N° GITI-319-QC



- è autonoma nella deambulazione;
- necessita aiuto nella deambulazione, ma non usufruisce di ausili protesici;
- deambula con ausili protesici (bastone, tripode, stampella/e, etc..)
- non deambula autonomamente (è in carrozzina);
- non parla/non comunica;
- non sente;
- non vede;
- comprende dove si trova e cosa sta facendo;
- non comprende dove si trova e cosa sta facendo;

- ha difficoltà di relazione con le altre persone (è aggressiva, spaventata, etc..)
- non ha difficoltà di relazione con le altre persone;
- durante il trasporto deve essere assistita da accompagnatore proprio (badante, familiare, etc...);
- altre eventuali criticità da segnalare: _____

Conseguentemente, il trasporto:

- può essere effettuato con automezzi ordinari;
- deve essere effettuato con automezzi adattati al trasporto di persone inabili.

Il Richiedente

(firma per esteso e leggibile) _____

Il funzionario incaricato _____ (cognome/nome) attesta che:

- la sottoscrizione è stata apposta in sua presenza, previo accertamento dell'identità del dichiarante, mediante conoscenza personale;
- la sottoscrizione è stata apposta in sua presenza, previo accertamento dell'identità del dichiarante, che ha esibito il sotto riportato documento di identità;
- la presente dichiarazione è pervenuta già sottoscritta dal dichiarante, che ha allegato fotocopia del sotto riportato documento di identità;

Riferimenti del documento d'identità:

TIPO _____
NUMERO _____
DATA RILASCIO _____
AUTORITA' _____



Comune di
Settimo Milanese

Il Funzionario

(firma per esteso e leggibile) _____



Si informa che i dati personali acquisiti vengono trattati ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (Regolamento Generale sulla Protezione dei dati o, più brevemente, GDPR) e del Codice in materia di protezione dei dati personali e sue successive modifiche e integrazioni (D.Lgs. 196/03 da ultimo aggiornato dal D.Lgs. 101/18) nonché dai provvedimenti emanati dall'Autorità Garante.
L'informativa estesa relativa al trattamento dati personali effettuato è disponibile presso la sede del Titolare ovvero nella sezione Privacy raggiungibile attraverso il link <https://comune.settimomilanese.mi.it/privacy/>