

# 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



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



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



**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/>