

Richiesta iscrizione/rinuncia al servizio di TRASPORTO PERSONE INABILI

Al Sindaco del Comune di Settimo Milanese

Piazza degli Eroi, 5

20019 Settimo Milanese

mail: protocollo@comune.settimomilanese.mi.it

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



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



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 _____

- 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;



Comune di
Settimo Milanese



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



- 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/>