



NELLA RETE DA UN NODO ALL'ALTRO
Servizio di trasporto per persone con mobilità ridotta

SERVIZIO DI TRASPORTO SOCIALE
RICHIESTA DI AMMISSIONE

Al Comune di Osilo
Via Sanna Tolu, 30
07033 OSILO

Il/la sottoscritto/a _____,
nato/a a _____ il ____/____/____, residente in _____,
Via _____ n. _____
Telefono n. _____, Cellulare _____
Codice Fiscale _____

In qualità di: Diretto interessato ☐ Coniuge ☐ Figlio ☐ Fratello ☐
Altro ☐ (specificare) _____,

CHIEDE

L'ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI TRASPORTO PER

(motivazione) _____

Tipologia: ☐ trasporto individuale ☐ trasporto con accompagnamento
☐ per sé stesso (se diretto interessato)



NELLA RETE DA UN NODO ALL'ALTRO
Servizio di trasporto per persone con mobilità ridotta

OPPURE

☐ per il/la sig./ra _____
nato/a a _____ il ____/____/____, residente in _____,
Via _____ n. _____
Telefono n. _____, Cellulare _____
Codice Fiscale _____

Ai sensi dell'art. 46 e 47 del DPR 445/2000, consapevole delle conseguenze anche penali previste in caso di dichiarazioni mendaci dagli art. 75 e 76 del DPR 445/2000,

DICHIARA

che il medico curante è il Dott. _____

che la persona di cui si chiede il trasporto sociale è (barrare l'ipotesi che ricorre):

- ☐ priva di familiari o con familiari impossibilitati all'accompagnamento;
- ☐ persona anziana over 80;
- ☐ persona in possesso di invalidità civile o affetta da momentanea e certificata patologia invalidante;
- ☐ persona in situazione di grave difficoltà economica e con situazione familiare multiproblematica;
- ☐ di avere preso visione delle tariffe e del vigente regolamento "SERVIZIO TRASPORTO";
- ☐ di essere impossibilitato ad usufruire dei normali servizi di trasporto pubblico per
 - ☐ tipologia dei mezzi impiegati ☐ gli itinerari richiesti;
- ☐ di non beneficiare di alcuna agevolazione per servizi di trasporto;
- ☐ di non accedere a ulteriori contributi di mobilità erogati dall'ASL;



NELLA RETE DA UN NODO ALL'ALTRO
Servizio di trasporto per persone con mobilità ridotta

che il proprio nucleo familiare è così composto:

cognome e nome	Nato a	Nato il	Grado di parentela

Allega alla presente domanda la seguente documentazione (barrare la voce corrispondente):

- ☐ dichiarazione personale sulle proprie condizioni generali
- ☐ attestazione ISEE in corso di validità
- ☐ copia della Certificazione Medica Collegiale attestante l'invalidità civile (non inferiore al 74%)
- ☐ certificazione dell'handicap (L.104/92 art.3 comma 1 o 3)
- ☐ accertamento di cecità civile o disabilità psichica
- ☐ certificazione medica per una o più patologie che necessitino di servizi specialistici o cure continuative
- ☐ copia del documento di identità del richiedente o di chi esercita la patria potestà in caso di minore

INFORMATIVA (ai sensi dell'art. 13 del Decreto L.gs.vo 30.06.03 n. 196)

Dichiaro di essere a conoscenza che i dati personali e sensibili qui forniti sono trattati esclusivamente ai fini dell'istruttoria della presente, relativa ad un'attività di rilevante interesse pubblico tra quelle elencate al Capo IV del citato D.Lgs.vo 196/2003, e del fatto che tali dati verranno comunicati ai soggetti che erogano il servizio o la prestazione da me richiesti e ad ogni altro soggetto a cui si renda necessario comunicarli ai fini della corretta e completa istruttoria della pratica oggetto della presente. Prendo atto, infine, che il Responsabile del trattamento è il Responsabile dell'Ufficio destinatario dei dati in oggetto, che il titolare è il Comune di Osilo, nella persona del Sindaco pro-tempore, e sono consapevole di poter esercitare presso le competenti sedi i diritti previsti dall'art. 7 del citato Decreto Legislativo 196/2003.

Luogo e data _____

L'OPERATORE SOCIALE

IL RICHIEDENTE
