

TRASPORTO SOCIALE



Da presentarsi con congruo anticipo e comunque almeno una settimana prima della data del servizio. In concomitanza di una o più richieste di trasporto, prenotate nel/i medesimo/i giorno/i e in sedi diverse, verrà data priorità al richiedente che ha prenotato per primo o, dove possibile, sarà effettuato un trasporto collettivo.

DATI DELLA PERSONA CHE USUFRUISCE DEL SERVIZIO DI TRASPORTO SOCIALE

Il/La sottoscritto/a _____
(cognome) (nome) _____
Residente a Via civico _____
Recapitotelefonico: _____ Cell. _____
E-mail: _____

☐

RICHIEDE L'ACCESSO AL SERVIZIO DI TRASPORTO SOCIALE PER SE STESSO

RICHIESTA DI ACCESSO AL SERVIZIO DI TRASPORTO SOCIALE EFFETTUATA DA UN FAMIGLIARE

(da compilarsi nel caso in cui sia persona diversa da chi usufruisce del servizio)

FAMIGLIARE DEL RICHIEDENTE _____
Il/La sottoscritto/a _____
(cognome) (nome) _____
Residente a Via civico _____
Recapito telefonico: E-mail: _____ Cell _____

☐

RICHIEDE L'ACCESSO AL SERVIZIO DI TRASPORTO SOCIALE PER IL PROPRIO FAMIGLIARE

in qualità di: _____
(precisare il grado di parentela)

PERIODO

☐ tutto l'anno ☐ per il periodo dal _____ al _____

☐ per il giorno ____/____/____

| mattina | | pomeriggio | |
|-------------|------------|-------------|------------|
| dalle _____ | alle _____ | dalle _____ | alle _____ |

destinazione _____

SCOPO DEL TRASPORTO

- ☐ prestazioni sanitarie _____
- ☐ fruizione servizi socio-assistenziali: indicare _____
- ☐ altro (specificare) _____

Requisiti secondo Disciplinare del Servizio Trasporto Sociale depositato in Comune

Dichiara sotto la propria responsabilità che la persona per la quale viene richiesto l'accesso al servizio di trasporto non è nella condizione di effettuare il trasporto personalmente o tramite familiari e che trattasi di:

- ☐ Anziani >65 anni, impossibilitati ad usare altri mezzi
- ☐ Disabili certificati, ai sensi delle vigenti disposizioni normative.
- ☐ Persone affette da momentanea patologia .
- ☐ Paziente oncologico e/o malato cronico che necessita di cure specialistiche da effettuarsi presso specifiche strutture sanitarie.
- ☐ Minore (è indispensabile la presenza di un familiare) .

ACCOMPAGNAMENTO

- ☐ Dichiara di essere accompagnato dal/la Signor/a _____

DICHIARA INOLTRE

Consapevole ai sensi degli artt. 71/75 e 76 del D.P.R.n. 455/2000 delle responsabilità penali che si assume per falsità in atti e dichiarazioni mendaci e che la non veridicità di quanto dichiarato comporta la decadenza del beneficio:

- ☐ Dichiara, altresì, di esonerare il Comune e i volontari del trasporto da ogni responsabilità inerente il trasporto stesso e/o eventuale sospensione.
- ☐ Di non essere in condizione di urgenza sanitaria o necessità di assistenza sanitaria specialistica nel corso del trasporto;
- ☐ Che i dati riportati in questa scheda corrispondono al vero;
- ☐ Di impegnarsi a comunicare tempestivamente per iscritto al Comune di Anacapri qualsiasi variazione dei dati dichiarati al momento della compilazione del presente modulo;
- ☐ Di farsi trovare sulla soglia della propria abitazione;
- ☐ Di aver preso visione del disciplinare per il servizio di trasporto sociale e rispettare quanto previsto dall'art. 10 (Norme di comportamento);

INFORMATIVA PRIVACY

- ☐ Autorizzo il trattamento dei miei dati personali anche sensibili ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" sulla base della comunicazione riportata in calce alla presente domanda.

TUTELA DELLA PRIVACY

Informativa sull'uso dei dati personali e sui diritti del dichiarante (ai sensi articolo 13 del D. L.vo 196/2003) I dati personali che La riguardano acquisiti con la presente dichiarazione sostitutiva, ancorché sensibili, formeranno oggetto di trattamento sia con strumenti cartacei sia con l'ausilio di strumenti informatici, sono raccolti e trattati al solo fine dell'erogazione del Servizio Trasporto Sociale. Il conferimento dei dati è necessario per poter usufruire del servizio richiesto ed istruire l'istanza in presenza dei requisiti richiesti. In mancanza del conferimento dei dati il servizio non potrà essere erogato e/o l'istanza non potrà essere istruita. I dati raccolti possono essere utilizzati a scopo statistico. Il dichiarante può rivolgersi, in ogni momento, agli enti ai quali ha presentato la dichiarazione per verificare i dati che lo riguardano e farli eventualmente aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento, se trattati in violazione di legge (articolo 13 D. L.vo 196/2003). L'autorizzazione a trattare i dati personali richiesti ed il consenso al loro trattamento si intendono manifestati con la sottoscrizione della presente richiesta. Con la presente si autorizza inoltre il trattamento dei propri eventuali dati sensibili connessi al rapporto con il Titolare del trattamento in quanto trattati in adempimento delle specifiche leggi che disciplinano la materia. L'interessato può in ogni momento esercitare i diritti di accesso, rettifica, aggiornamento ed integrazione, nonché di cancellazione dei dati o trasformazione in forma anonima dei dati se trattati in violazione di legge, ed infine il diritto di opposizione per motivi legittimi, come previsto dagli artt. 7 e seguenti del D. Lgs. 196/03 rivolgendosi Al Comune di Anacapri.

data

Firma

ALLEGATI

- ☐ Documento di riconoscimento;
- ☐ Altro (specificare) _____