

All'Azienda Pedemontana Sociale  
Sportello Sociale di \_\_\_\_\_.

DOMANDA DI ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI : **TAXI SOCIALE**

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_

nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Telefono n. \_\_\_\_\_ Cod Fiscale. \_\_\_\_\_

In qualità di: Diretto interessato  - Coniuge  - Figlio  - Fratello  - Altro  \_\_\_\_\_

**CHIEDE:**

**L'ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI TAXI SOCIALE PER**

**per sé stesso** (se diretto interessato) \_\_\_\_\_ oppure

**per il Sig.** Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Telefono n. \_\_\_\_\_ Cod Fiscale. \_\_\_\_\_

**per i seguenti motivi:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**DICHIARA, a tal fine,**

**ai sensi e per gli effetti degli artt.38 e 47 del DPR 28.12.2000 n.445 e consapevole delle conseguenze anche penali previste in caso di dichiarazioni mendaci dagli artt.75 e 76 del medesimo DPR,**

→ **che il medico curante è il Dott.** \_\_\_\_\_

→ **che la persona di cui si chiede assistenza è (barrare l'ipotesi che ricorre):**

anziano non autosufficiente o parzialmente autosufficiente o equiparato impossibilitato/a ad utilizzare altri mezzi pubblici;

persona adulta in possesso di invalidità civile o momentanea e certificata patologia invalidante, impossibilitata ad utilizzare altri mezzi pubblici;

minore disabile o in situazioni di grave fragilità sociale ovvero con gravi difficoltà motorie. (indicare la persona che accompagnerà il minore) \_\_\_\_\_

anziano ultra-sessantacinquenne impossibilitato/a ad utilizzare altri mezzi pubblici;

disabile certificato, ai sensi delle vigenti disposizioni;

coniugato/a, con il /la Sig./sig.ra \_\_\_\_\_

senza patente ;

in possesso di patente ma non in grado di condurre l'automezzo per i seguenti motivi: \_\_\_\_\_

affetto/a dalle seguenti patologie \_\_\_\_\_

→ **che ha i seguenti familiari di riferimento: (nome-cognome, indirizzo, telefono)** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

→ **che i familiari sopradesignati non possono intervenire per i seguenti motivi:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- **Di avere preso visione delle tariffe e del vigente regolamento**, che costituisce, a tutti gli effetti di legge, contratto d'utenza, le cui condizioni contrattuali generali sono approvate per iscritto all'atto della sottoscrizione del presente modulo di richiesta, ai sensi delle vigenti normative, con particolare riferimento agli articoli da 22 a 28, ai sensi degli artt.1341 e 1342 del codice civile.
- **di essere a conoscenza del fatto che saranno applicate tariffe agevolate correlate all'ISEE** posseduta SOLO nel caso in cui sia stata presentata la Dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU) in corso di validità, attestante una situazione ISEE  *riferita ai redditi dell'anno solare immediatamente precedente*, inferiore ai limiti stabiliti dalla Giunta Comunale per l'anno di riferimento, PRIMA del caricamento dei dati per il pagamento a cura degli uffici. Nel caso in cui la DSU vigente sia presentata successivamente, le agevolazioni tariffarie avranno decorrenza dal 1° giorno del mese successivo a quello di presentazione della DSU.
- **di essere a conoscenza** del fatto che il servizio, di norma, è svolto da personale volontario NON specialistico;
- **di adottare**, per ogni singolo trasporto, tutte le precauzioni necessarie alla salvaguardia del sottoscritto/trasportato, in relazione alle condizioni psicofisiche del medesimo.

#### 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 l'Azienda Pedemontana Sociale, e sono consapevole di poter esercitare presso le competenti sedi i diritti previsti dall'art. 7 del citato Decreto Legislativo 196/2003.

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_  
 IL DIPENDENTE RICEVENTE

\_\_\_\_\_ IL RICHIEDENTE - DICHIARANTE

*(Ai fini dell'autentica, sottoscrivere in presenza del dipendente ricevente o sottoscrivere e allegare copia di un documento di identità)*

IL RICHIEDENTE / IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_

DICHIARA , inoltre,

Di essere consapevole che saranno eseguiti controlli diretti ad accertare la veridicità dei dati forniti attraverso l'Agenzia delle Entrate e la Guardia di Finanza e che, ai sensi dell'art.76 del DPR 28.12.2000 n.445 chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal Testo Unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia. Qualora venga accertata la non veridicità delle dichiarazioni rese, il richiedente decadrà immediatamente dal beneficio concessogli, con obbligo di restituzione delle somme fino a quel momento indebitamente percepite e incorrerà nelle sanzioni previste dal Codice Penale e delle leggi specifiche in materia.

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

IL RICHIEDENTE / DICHIARANTE

\_\_\_\_\_