



COMUNE DI COLLESANO



AL SINDACO DEL COMUNE DI COLLESANO (PA)

All'Ufficio di Servizio Sociale

Oggetto: Richiesta fruizione del servizio comunale di trasporto minori con disabilità, per accesso a prestazioni riabilitative ambulatoriali presso Ente convenzionato ASP

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____
il _____ residente a _____,
in via _____ n. _____
Codice Fiscale _____ tel _____
Cellulare _____ email _____

avvalendosi delle disposizioni di cui al D.P.R. n. 445/2000 per il rilascio delle dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto di notorietà e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000

In qualità di:

- Genitore (esercante la responsabilità genitoriale del minore)
- Legale Rappresentante/Tutore/Amministratore di sostegno
(allegare provvedimento o nomina)

del minore _____ nato/a _____ il _____
codice fiscale _____ residente a Collesano
in via _____

PREMESSO CHE

- il/la minore è riconosciuto/a in situazione di disabilità ai sensi della Legge 104/1992(art.3 comma 3);
- necessita di prestazioni riabilitative ambulatoriali presso l'Ente convenzionato ASP _____;

Comunica che il/la proprio/a figlio/a utilizza la sedia a rotelle SI ☐ NO ☐

CHIEDE

di poter usufruire del servizio di trasporto per minori con disabilità, al fine di consentire al/alla proprio/a figlio/a di accedere alle prestazioni riabilitative ambulatoriali presso l'Ente sopra indicato.

DICHIARA

- ✓ di essere a conoscenza che il servizio di trasporto è effettuato in base alla programmazione predisposta dal Centro di Riabilitazione trasmessa all'Ufficio di Servizio Sociale del Comune di Collesano.
- ✓ di essere informato/a che la suddetta programmazione terapeutica potrà subire modifiche in base alle esigenze organizzative dell'Ente erogatore del servizio; di conseguenza, la navetta si adeguerà alle eventuali variazioni.
- ✓ di essere a conoscenza che l'Amministrazione Comunale, ai sensi della normativa vigente, procederà ad effettuare idonei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese e che, in caso di dichiarazioni mendaci, si applicheranno le sanzioni previste dal D.P.R. 445/2000, dal D.Lgs. n. 109/1998 e s.m.i., nonché dal D.Lgs. 30.06.2003 n. 196.
- ✓ di essere informato, ai sensi del D.Lgs. n.196/2003, che i dati forniti verranno utilizzati esclusivamente per le finalità legate al beneficio di cui trattasi.

A tal fine allega:

- certificazione attestante la condizione di disabilità grave (Legge 104/1992 art.3, comma 3);
- certificazione medica attestante la necessità delle prestazioni riabilitative prescritta dall'u.o designata dall'ASP (non sono tenute in considerazione le prescrizioni del medico di base o privato);
- copia di un documento di riconoscimento del richiedente in corso di validità, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445/2000;

Collesano, lì _____

FIRMA

Autorizzo espressamente il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e s.m.i., D.Lgs. 101/2018 e del GDPR 2016/679.

Collesano, lì _____

FIRMA
