



Comune di Rho

Class. 7-12-0



QUIC
SPORTELLO DEL CITTADINO

Al Comune di Rho
U.O. Anziani e Disabili

DOMANDA DI TRASPORTO PER TERAPIE ED ESAMI

Dichiarazione sostitutiva di certificazione e dell'atto di notorietà
(artt. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Codice fiscale _____

Residente a _____ Via _____ n. _____

Telefono _____ Cellulare _____

E-mail _____

Pec _____

In qualità di (da compilare solo se chi presenta la domanda non è il richiedente del servizio):

- Delegato - compilare Delega allegato 1;
- Tutore;
- Curatore;
- Amministratore di sostegno;

(dati richiedente se diverso dal delegato)

Cognome e nome _____

Nato/a a _____ il _____

Codice fiscale _____

Residente a _____ Via _____ n. _____

Telefono _____ Cellulare _____

E-mail _____

Pec _____

CHIEDE

il servizio **tariffato** di trasporto per terapie ed esami, riservato a persone con patologie invalidanti e malati oncologici di qualsiasi età, con il seguente mezzo:

- Autovettura
- Mezzo per disabili

A tal fine dichiara (barrare la casella interessata):

DICHIARA

A. Che il/la richiedente/a del servizio:

- Ha ottenuto il riconoscimento di invalidità /inabilità;
- Ha presentato domanda di invalidità /inabilità in data _____;

B. Che il/la richiedente/a del servizio ha ottenuto il riconoscimento della L. 104/92:

- SI
- NO

C. che il valore ISEE ORDINARIO è € _____
 come da Dichiarazione Sostitutiva Unica protocollo n.
 INPS-ISEE-202_ - _____ presentata in data _____;

D. che il valore ISEE per prestazioni socio sanitarie per persone maggiorenni è
 € _____ come da Dichiarazione Sostitutiva Unica protocollo n.
 INPS-ISEE-202_ - _____ presentata in data _____;

non comunicare il valore ISEE e di accettare la compartecipazione massima prevista, che corrisponde al COSTO CONVENZIONE;

di prendere atto che, in base all'ISEE, la fascia di appartenenza è la seguente:

DA	A	fasce isee	Rho e frazioni	Fino a 20 km	Fino a 30Km	Fino a 40 Km	fino a 50 km	oltre 50 Km	quota aggiuntiva ambulanza
€ 0,00	€ 6.500,00	1	€ 5,00	€ 6,00	€ 7,00	€ 8,00	€ 10,00	€ 11,00	€ 10,00
€ 6.500,01	€ 13.000,00	2	€ 15,00	€ 17,00	€ 19,00	€ 20,00	€ 24,00	€ 29,00	€ 15,00
€ 13.000,01	€ 17.000,00	3	€ 23,00	€ 26,00	€ 29,00	€ 31,00	€ 36,00	€ 44,00	€ 20,00
€ 17.000,01	€ 19.000,00	4	€ 27,00	€ 31,00	€ 34,00	€ 36,00	€ 43,00	€ 51,00	€ 25,00
€ 19.000,01	€ 22.000,00	5	€ 33,00	€ 38,00	€ 41,00	€ 45,00	€ 53,00	€ 62,00	€ 30,00
€ 22.000,01	€ 26.000,00	6	€ 35,00	€ 40,00	€ 44,00	€ 47,00	€ 56,00	€ 66,00	€ 35,00
€ 26.000,01	€ 29.000,00	7	€ 37,00	€ 43,00	€ 46,00	€ 50,00	€ 60,00	€ 69,00	€ 40,00
€ 29.000,01	€ 40.000,00	8	€ 40,00	€ 46,00	€ 50,00	€ 54,00	€ 64,00	€ 75,00	€ 50,00
€ 40.000,01		9	€ 45,00	€ 50,00	€ 55,00	€ 60,00	€ 68,00	€ 78,00	€ 60,00

A. Di essere solo

B. Di non disporre di una rete parentale in grado di garantire il trasporto, come risulta dal seguente prospetto:

Cognome e nome	Grado di parentela	Automunito sì/no	Lavoratore-pensionato-senza lavoro	Di supporto/ Non di supporto

C. Di avere la necessità di recarsi presso la struttura sanitaria sita nel comune di

Per il seguente motivo

visite e/o esami

terapie



Eventuali note:

Dichiaro di essere consapevole delle responsabilità penali cui posso andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o in caso di falsità in atti punite dal codice penale e dalle leggi penali in materia, ai sensi dell'art. 76 del DPR n. 445/2000, nonché sulle conseguenze previste dall'art. 75 del DPR n. 445/2000 relative alla decadenza da benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di una dichiarazione non veritiera.

Rho, _____

FIRMA _____

Allega (barrare se del caso):

- Copia Carta d'identità;
- Se straniero: copia del documento che attesti la regolarità del soggiorno in Italia (per es. permesso di soggiorno, ecc.);
- Verbale di invalidità e L. 104/92 (al modulo allegare solo Verbali con OMISSIS);
- In assenza della documentazione del punto precedente allegare documentazione attestante l'avvio della procedura per la richiesta di invalidità;
- Impegnativa medica di richiesta esami, visite e terapie;**
- Allegato 1: Delega;
- Allegato 2: Tariffe;

ALLEGATO 1

DELEGA

Io sottoscritto _____

nato a _____ il _____

DELEGO

il sig.

Carta d'identità n.

di cui si allega fotocopia.

Data _____

Firma _____

Informazioni sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento UE2016/679

Titolare del trattamento

Titolare del trattamento è Il Comune di Rho, con sede legale in Piazza Visconti 23 – 20017 Rho(MI), CF e P.IVA 00893240150.

Responsabile della protezione dei dati (rpd)

Il Responsabile della Protezione dei Dati è raggiungibile ai seguenti contatti:

- email istituzionale: rdp.privacy@comune.rho.mi.it.
- recapito postale: Piazza Visconti 23 – 20017 Rho (MI)

Finalità del trattamento

I dati raccolti con il presente modulo saranno trattati per scopi strettamente inerenti all'esercizio del diritto attivato, nel rispetto delle disposizioni di legge e regolamentari vigenti in materia.

Diritti dell'interessato

Gli interessati hanno il diritto di ottenere dal Comune di Rho, nei casi previsti, l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del Regolamento UE 2016/679).

L'apposita istanza è presentata contattando il Responsabile della protezione dei dati presso il Comune di Rho (Comune di Rho-Responsabile della Protezione dei dati personali, Piazza Visconti,23, 20017, Rho, email: rdp.privacy@comune.rho.mi.it) oppure contattando il Titolare del trattamento (Comune di Rho-Titolare del Trattamento, Piazza Visconti, 23, 20017, Rho, email: segreteria.sindaco@comune.rho.mi.it). A tale richiesta sarà fornito idoneo riscontro secondo le tempistiche previste dal Regolamento UE 2016/679.

Diritto di reclamo

Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali raccolti con il presente modulo avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento UE 2016/679 hanno il diritto di proporre reclamo al Garante (art. 77 del Regolamento UE 2016/679) o di adire le opportune sedi giudiziarie(art. 79 del Regolamento UE 2016/679).

Maggiori e più puntuali precisazioni sulle finalità di trattamento e sulle altre informazioni utili sono fornite nell'informativa pubblicata sul sito web <https://www.comune.rho.mi.it/it-it/privacy>

(luogo e data)

(firma per esteso leggibile)



Note informative sull'istruttoria
--

La domanda può essere presentata direttamente allo Sportello Sociale – QUIC – via De Amicis, 1 a Rho.

N.B. Per consentire l'inoltro della richiesta e l'organizzazione del trasporto all'ente gestore è opportuno consegnare il presente modulo di domanda almeno dieci giorni prima della data di avvio delle terapie o dell'effettuazione della visita. Qualora non venissero rispettati tali termini, l'effettuazione del servizio non sarà garantita ed effettuata solo previa verifica di effettiva disponibilità di posti.

All'ufficio Servizi Sociali del Comune di Rho compete:

- la verifica della completezza della domanda corredata di tutti gli allegati necessari;
- l'invio della documentazione all'ente gestore;
- l'inoltro della domanda all'ente gestore, che fornirà un riscontro sull'automezzo più idoneo al trasporto ed il costo dello stesso.

L'ente gestore provvederà a prendere contatti direttamente con il richiedente per definire le modalità del trasporto richiesto, dando un riscontro sulla fattibilità entro 10 giorni dalla data della richiesta.

Per avere informazioni rivolgersi a:

QUIC -Sportello del Cittadino

Via De Amicis, 1 - Tel. 02 93332 700

Numero verde 800.55.33.89

Orari di apertura: lunedì, mercoledì, venerdì: dalle ore 8.30 alle ore 13.00

martedì e giovedì: dalle ore 8.30 alle ore 18.30

Sabato dalle ore 8.30 alle ore 12.30