

Class. 7.12.0

DOMANDA DI TRASPORTO PER OVER 65 IN CARROZZINA
Servizio gratuito

Il/la sottoscritto/a _____
(PER LE DONNE INDICARE IL COGNOME DA NUBILE)

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ Via _____ n.

Telefono _____ cellulare _____

E mail _____

In qualità di (da compilare solo se chi presenta la richiesta non è il beneficiario dell'Assegno di Cura):

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

CHIEDE

L'ATTIVAZIONE

del servizio GRATUITO di trasporto per terapie ed esami CON MEZZO DISABILI
riservato agli OVER 65 in carrozzina

DICHIARA

Che la persona beneficiaria del servizio è (barrare l'opzione del caso):

Il/La sottoscritto/a e dichiara altresì di essere di cittadinanza

Il/La _____ sig./ra

▪ Nato/a _____ a _____, prov.
_____ il _____

▪ Residente in via/piazza _____ n. ____,
Comune _____ (prov. _____);

N.B. Il trasporto con mezzo disabili è proponibile solo a chi dispone di un'abitazione che consente l'arrivo della carrozzina dall'appartamento alla strada. *In caso di barriere architettoniche* sarà necessario l'utilizzo di apposita attrezzatura con personale specializzato.

Verrà inoltre valutata la possibilità di utilizzo dell'ambulanza.

Data,.....

Firma

.....

Allegati (barrare se del caso):

- Copia Carta d'identità
- Se straniero: copia del documento che attesti la regolare del soggiorno in Italia (per es. permesso di soggiorno, ecc.);
- Copia impegnativa medica delle visite, terapie, esami da fare;
- Verbale di accertamento dell'invalidità;
- Allegato 1: Delega

Ai sensi del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 dichiara di essere a conoscenza che i dati personali qui forniti verranno trattati dall'Ente in conformità a quanto disposto dall'art. 11 del D.Lgs. n. 196/2003 e artt. 13-14 del GDPR (General Data Protection Regulation) 2016/679 per le finalità da esso consentite e connesse al procedimento amministrativo alla richiesta della su estesa dichiarazione sostitutiva.

Rho, __/__/____

IL RICHIEDENTE _____

Allegato 1	
-----------------------	--

DOMANDA TRASPORTO PER SOGGETTI ULTRA 65ENNI

lo sottoscritto _____ nato a _____ il _____ <p style="text-align: center;">DELEGO</p> alla compilazione del modulo di domanda il sig. _____ Carta d'identità n. _____ di cui si allega fotocopia.
--

Data, _____

Firma _____

Nota Informativa 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'inoltro della domanda e relativa documentazione a Rho Soccorso, che fornirà un riscontro sull'automezzo più idoneo al trasporto;
- l'invio al richiedente di una risposta entro 30 giorni dalla data di protocollazione della domanda;

L'associazione Rho Soccorso provvederà a prendere contatti direttamente con il richiedente per definire le modalità del trasporto richiesto.

N.B. La domanda ha validità di un anno dalla data della protocollazione.

Per avere informazioni rivolgersi a:

QUIC -Sportello del Cittadino

Sportello Sociale - Numero verde 800.55.33.89

Via De Amicis, 1 - Tel. 02 93332 700

Orari di apertura:

lunedì e venerdì dalle 8.30 alle 13.00

mercoledì dalle 7.30 (dalle 7.30 alle 8.30 solo su prenotazione) alle 13.00

martedì e giovedì: dalle 8.30 alle 18.30

Sabato: dalle 8.30 alle 12.30