



COMUNE DI CALTANISSETTA
Part. Iva N. 00138480850
Cod. Fiscale n. 80001130857
DIREZIONE V - POLITICHE SOCIALI E SOCIO SANITARIE
Via Mauro Tumminelli, 1 - 93100 Caltanissetta
Dirigente Dott. Giuseppe Intilla
(e-mail: direzione.politiche.sociali@pec.comune.caltanissetta.it)
Responsabile P.O. n. 11 - Dr. Ing. Giuseppe Dell'Utri
(e-mail: g.dellutri@comune.caltanissetta.it ; tel. 0934/74737; fax:0934/542119)
Responsabile P.O. n.12 - Dr.ssa Giuliana Licata
(e-mail: g.licata@comune.caltanissetta.it; tel. 0934/74739; fax.0934/542819)

AL SIG. SINDACO
DEL COMUNE DI CALTANISSETTA

Oggetto: Richiesta voucher per il servizio trasporto soggetto diversamente abile presso i centri di riabilitazione.

Il sottoscritto (Cognome) _____ (Nome) _____,
nato a _____ il _____ (Codice fiscale) _____
residente in _____ Via _____ n.
Telefono _____ Cell. _____ E-mail _____

CHIEDE

in attuazione del Regolamento distrettuale approvato con delibera n. n. 7 del 25/11/2015 del Comitato dei Sindaci di questo Distretto Socio-Sanitario n.8, la concessione del voucher per sostenere le spese di trasporto, consapevole che l'istanza non costituisce impegno da parte dell'Amministrazione sino a definizione delle procedure e della relativa graduatoria di ammissione:

Per sé stesso

Per il/la

Sig./Sig.ra(Cognome) _____ (Nome) _____
nato/a _____ il _____ Codice fiscale _____
residente in _____ Via _____,
n. _____

DICHIARA

- Di essere in trattamento riabilitativo ambulatoriale presso il

Centro di riabilitazione _____

Indirizzo del centro di riabilitazione _____

Giorni della settimana [LUN] dalle ore _____ alle ore _____

[MAR] dalle ore _____ alle ore _____

[MER] dalle ore _____ alle ore _____

[GIO] dalle ore _____ alle ore _____

[VEN] dalle ore _____ alle ore _____

[SAB] dalle ore _____ alle ore _____

- Di essere in trattamento chemioterapeutico presso l'Ospedale di _____
- Giorni della settimana [LUN] dalle ore _____ alle ore _____
- [MAR] dalle ore _____ alle ore _____
- [MER] dalle _____ alle ore _____
- [GIO] dalle ore _____ alle ore _____
- [VEN] dalle ore _____ alle ore _____
- [SAB] dalle ore _____ alle ore _____

D I C H I A R A, altresì

Di non fruire, a titolo gratuito, del servizio di trasporto da parte di Enti sia pubblici sia privati, nonché di non aver presentato analoga richiesta, né ricevuti alcun contributo a medesimo titolo da parte di Enti pubblici o privati per lo stesso periodo.

Comunica le seguenti informazioni per la gestione e personalizzazione del servizio.

- Il soggetto interessato al trasporto è accompagnatore per il quale
bisogna prevedere un altro posto a sedere? [SI] [NO]
- Il soggetto interessato si muove autonomamente? [SI] [NO]
- Il soggetto è su sedia a ruote? (ciò al fine di individuare i relativi
spazi sul mezzo di trasporto) [SI] [NO]

Per i residenti in ambito extra urbano (contrada), al fine di individuare l'immobile dove prestare il servizio, si chiede di indicare il foglio e la particella catastale dell'immobile di residenza:

Foglio _____ ; Part. _____ .

PRENDE ATTO E SCEGLIE TRA LE DITTE ACCREDITATE PRESSO QUESTO COMUNE

Selezionare la scelta con una X

- ETNOS Cooperativa Sociale**
SEDE LEGALE Via Aretusa, 15 - 93100 Caltanissetta
- TIEMME srls**
SEDE LEGALE Via Calabria, 7 - 93100 Caltanissetta

N.B. La presente dichiarazione viene sottoscritta quale **Dichiarazione sostitutiva di atto notorio ai sensi del DPR 445/2000**, ed è, pertanto, corredata di fotocopia del documento di riconoscimento valido del firmatario della richiesta e delle dichiarazioni, con assunzione delle responsabilità di legge nel caso di dichiarazioni non veritiere. L'Ente utilizzerà i dati forniti esclusivamente per il procedimento amministrativo in corso. L'interessato/a potrà accedere ai dati personali chiedendone la correzione, l'integrazione e, ricorrendone gli estremi, la cancellazione o il blocco. (Legge 675/96 e s.m.i.). L'Ente effettuerà controlli, anche a campione, sulle veridicità delle dichiarazioni sostitutive (art.71 e 72 del Testo unico sulla documentazione amministrativa. (D.P.R. 445/200).

Il dichiarante prende altresì atto e accetta sottoscrivendola che la presente istanza non è vincolante per l'Amministrazione che si riserva di valutare la singola istanza, in rapporto alle disponibilità economiche dell'Ente, ed in ogni caso con recazione di apposita graduatoria sino ad esaurimento delle risorse, degli aventi diritti con carattere prioritario in forza della gravità dell'handicap e della più svantaggiosa condizione economica dei richiedenti.

Data _____

Firma

Allegati:

- Certificato attestante la tipologia e il grado dell'handicap, rilasciata dalla competente commissione sanitaria dell'ASP ai sensi della Legge 104/92. (Per i soggetti in attesa di riconoscimento la sussistenza dell'handicap);
- Certificazione comprovante la compromissione dello stato di salute;
- Piano terapeutico contenente il numero di sedute e la relativa tipologia di trattamento da effettuare;
- Certificazione attestante la situazione economica del richiedente e del suo nucleo familiare-Modello ISEE;
- Fotocopia del documento di riconoscimento, in corso di validità, del richiedente.