

MODELLO DI DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Servizio di Trasporto Sociale dell'Ambito Territoriale Sociale di Caulonia

A
Ufficio di Piano
Ambito Territoriale Sociale di Caulonia
anche tramite
il **COMUNE** di

QUADRO A. – DATI ANAGRAFICI DEL BENEFICIARIO

Cognome e Nome _____

Nato/a a _____ il _____

Residente in _____ Via _____ n. _____

Codice fiscale _____

Numero di telefono _____ email _____

Stato civile _____

In caso di presentazione da parte di altro soggetto:

QUADRO A1. – GENERALITÀ DI CHI PRESENTA LA DOMANDA

Cognome e Nome _____

in qualità di (genitore, familiare convivente / tutore / amministratore di sostegno, ecc.) di

del sotto indicato beneficiario:

Cognome e Nome _____

Nato/a a _____ il _____

Residente in _____ Via _____ n. _____

Codice fiscale _____

Numero di telefono _____ email _____

Stato civile _____

CHIEDE

ai sensi e per gli effetti dell'Avviso pubblico emanato dall'Ambito Territoriale Sociale di Caulonia, di essere ammesso/a a fruire del Servizio di Trasporto Sociale, per sé o per il/la proprio/a assistito/a, alle condizioni previste dall'avviso stesso.

A tal fine, dichiara di aver necessità del servizio per (descrivere la motivazione):

Consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità, ai sensi dell'art.76 D.P.R. 445/2000, punite dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, nonché delle conseguenze previste dall'art. 75 D.P.R. 445/2000 relative alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera,

DICHIARA

- A. di accettare, senza condizioni o riserva alcuna, tutte le norme e le disposizioni contenute nell'Avviso Pubblico emanato dall'Ambito Territoriale Sociale con Comune capofila Caulonia;
- B. di essere residente in uno dei 19 comuni appartenenti all'Ambito Territoriale Sociale di Caulonia;
- C. di essere in possesso di attestazione ISEE
- D. che la composizione attuale del nucleo dove vive il richiedente è la seguente: (compilare la sottostante tabella)

QUADRO B. – COMPOSIZIONE DEL NUCLEO ANAGRAFICO

	I° Componente	II° Componente	III° Componente	IV° Componente	V° Componente
Cognome/Nome					
Relazione					
Luogo di nascita					
Data di nascita					

- E. che la propria condizione familiare è la seguente:

QUADRO C. – INFORMAZIONI SULLA CONDIZIONE FAMILIARE

- | | |
|---|---|
| 1. Presenza attiva di rete di familiari di primo grado competente ed adeguata | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| 2. Presenza di familiari parzialmente adeguata
se si specificare i motivi _____ | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| 3. Presenza di rete familiare inadeguata
se si specificare i motivi _____ | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| 4. Mancanza di rete familiare <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
se si specificare i motivi _____ | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |

- F. di essere consapevole che l'eventuale ammissione al servizio comporterà una compartecipazione economica determinata in base all'indicatore ISEE, secondo le tariffe previste;
- G. di essere informato/a che la quota dovuta dovrà essere versata direttamente all'Ente del Terzo Settore (ETS) convenzionato;
- H. di essere a conoscenza che i dati personali saranno trattati nel rispetto del Regolamento UE 2016/679 (GDPR)

Luogo, Data _____

Firma _____

ALLEGATI OBBLIGATORI:

1. copia del documento di riconoscimento in corso di validità del beneficiario (**in caso di presentazione da parte di altro soggetto, documenti del beneficiario e di chi presenta la domanda**);
2. (qualora ricorrente) dichiarazione stato di handicap (L. n. 104/1992);
3. (qualora ricorrente) certificazione medica rilasciata da struttura sanitaria pubblica attestante eventuali patologie che richiedono terapie/cure riabilitative/visite/ecc...;
4. Attestazione ISEE della persona interessata in corso di validità.