

**DOMANDA DI TRASPORTO CENTRI DIURNO O CENTRI DI TERAPIA  
(PUBBLICO O PRIVATO AUTORIZZATO)**

**AL COMUNE DI ANZIO – 10° S.C. SERVIZI SOCIALI**

Il/La sottoscritto/a Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
residente nel Comune di \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_  
tel. casa \_\_\_\_\_ cell. padre \_\_\_\_\_ cell. madre \_\_\_\_\_  
fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
PEC (posta elettronica certificata) \_\_\_\_\_

**In qualità di genitore/tutore di**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

CON DISABILITÀ' \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Frequentante il**

\_\_\_\_\_

indirizzo..... tel .....

e-mail .....

Consapevole che sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/00 e consapevole delle responsabilità penali e delle sanzioni previste in caso di non veridicità del contenuto della presente dichiarazione, di dichiarazione mendace o di formazione di atti falsi, ai sensi degli Artt. 75 e 76 del DPR 445/00, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

**essere in possesso di certificazione di handicap ai sensi della L.104/92 art.3. comma 3 in situazione di gravità per disabilità:**

fisica  psichica  sensoriale  plurima;

usa la carrozzina  no  sì  manuale  elettrica

usa altri ausili:  stampelle  altro(specificare) .....

• **di essere consapevole che :**

- a) il servizio erogato non è un servizio taxi ma un servizio di trasporto collettivo;
- b) i dati contenuti nel presente modulo sono utili all'organizzazione del servizio; pertanto eventuali imprecisioni di orario o di indirizzo possono causare ritardi o disfunzioni non imputabili al servizio stesso;
- c) eventuali variazioni di trasporto richieste in corso d'anno potranno essere accolte se solo in

- casi eccezionali di particolare gravità;
  - d) all'arrivo del pulmino presso l'abitazione dovrà essere sempre presente una persona adulta incaricata di affidare e accogliere la persona disabile trasportata;
  - e) è necessario comunicare immediatamente all'Ufficio Servizi Sociali Comunali l'eventuale inutilizzo del servizio per malattia, ferie, vacanze etc.
- **di essere consapevole** che in ossequio alle disposizioni da emergenza covid -19 il servizio potrà subire variazioni o sospensioni.

**CHIEDE IL TRASPORTO**

- da casa al centro \_\_\_\_\_
- partendo non da casa ma dall'indirizzo .....
- all'uscita dal Centro \_\_\_\_\_ , non a casa ma all'indirizzo
- altro.....

per frequentare il \_\_\_\_\_ nei giorni di:

- dal lunedì al venerdì
- altro (specificare) \_\_\_\_\_

dalle ore ..... alle ore .....

- prima presentazione;
- rinnovo.

Data \_\_\_\_\_

Firma del Richiedente

Allegati obbligatori:

- certificazione L.104/92 e s.m.i. in cui si attestano le condizioni dell'utente (art.3c.3);
- documento di identità del richiedente;
- ISEE in corso di validità.

\*\*\*

**INFORMATIVA PRIVACY artt.13 e 14 GPR 679/16:** I dati personali trattati dal Settore dei Servizi Sociali del Comune di Anzio sono raccolti per finalità di concessione contributo richiesto e verifica dei dati dichiarati. I dati personali sono acquisiti direttamente da soggetti pubblici e il loro trattamento è svolto in forma cartacea e anche mediante strumenti informatici e telematici. Titolare del trattamento è il COMUNE DI ANZIO, piazza Cesare Battisti n.°25, 00042 Anzio (RM), avvalendosi anche di responsabili esterni e/o designati espressamente individuati. I dati possono essere comunicati nell'ambito degli altri uffici istituzionali e amministrativi, nonché conosciuti dai soggetti pubblici interessati, nonché dai privati nei casi e nei modi previsti dalle disposizioni normative in materia di accesso agli atti. L'informativa completa è visionabile sul sito [www.comune.anzio.roma.it](http://www.comune.anzio.roma.it) e c/o la sede dell'ufficio dei Servizi Sociali.

DATA

.....

FIRMA

\_\_\_\_\_