

**Al Signor SINDACO
COMUNE DI SQUINZANO (LE)**

OGGETTO: *Richiesta Servizio Trasporto diversamente abili.*

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____

il _____ e residente a _____ alla Via _____ n. _____

tel./cell. _____ C.F. _____;

CHIEDE

- in qualità di rappresentante legale (*genitore, tutore, curatore, amministratore di sostegno, ect....*) o di persona che firma per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (art.4 D.P.R. n.445/2000):

per il figlio/a _____ *nato/a* _____ *il* _____

il Servizio Trasporto riservato alle persone disabili come:

trasporto continuativo (dal lunedì al venerdì) A/R da _____ *a* _____

trasporto saltuario (indicare i giorni) A/R da _____ *a* _____

giorno _____ *dalle ore* _____ *alle ore* _____

giorno _____ *dalle ore* _____ *alle ore* _____

giorno _____ *dalle ore* _____ *alle ore* _____

giorno _____ *dalle ore* _____ *alle ore* _____

Il/La sottoscritto/a consapevole, ai sensi degli artt. 71,75 e 76 del DPR n.445/2000 delle responsabilità penali che si assume per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, che potranno essere eseguiti controlli diretti ad accertare le informazioni fornite e che la non veridicità della dichiarazione comporta la decadenza del beneficio;

DICHIARA

che il proprio nucleo familiare è così composto:

Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Grado di parentela	Annotazioni

che il minore: _____ è in possesso della certificazione di cui all'art. 3, comma 3 della Legge 104/1992 (handicap in situazione di gravità);

di declinare l'Amministrazione Comunale da ogni responsabilità per eventi che dovessero verificarsi durante il tragitto compiuto con l'autovettura di proprietà comunale;

di autorizzare il personale addetto al trasporto a lasciare l'utente, al termine del servizio, alla seguente persona di riferimento Sig./Sig.ra _____
Via _____ n. __ ;

di autorizzare il personale addetto al trasporto a lasciare l'utente solo a casa, qualora non siano presenti familiari di riferimento;

di aver la necessità che l'utente venga trasportato, al termine del servizio, presso il seguente indirizzo, diverso dal proprio domicilio: _____

ALLEGA alla presente domanda:

- 1) fotocopia della certificazione di cui all'art. 3 della legge 104/92 o della Commissione Medica Invalidi Civili;
- 2) fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità;
- 3) certificato di frequenza rilasciato dalla struttura riabilitativa.

Firma del dichiarante

Ai sensi dell'art.13 del D.Lgs. 196/2003, i dati sopra riportati sono prescritti dalla disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

Squinzano, _____

Firma del dichiarante
