



Amministrazione destinataria
 Comune di Caltanissetta
 Ufficio destinatario
 Politiche sociali e socio-sanitarie

Domanda di concessione voucher per il servizio di trasporto per soggetti diversamente abili

Il sottoscritto

Cognome		Nome		Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
Residenza		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
Provincia	Comune								
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata				

CHIEDE

la concessione del voucher per sostenere le spese di trasporto

- per sè stesso
 per il seguente soggetto

Cognome		Nome		Codice Fiscale			
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza		
in qualità di (*)							
Ruolo							

In qualità di ():
 amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale*

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

- di essere consapevole che l'istanza non costituisce impegno da parte dell'amministrazione fino a definizione delle procedure e della relativa graduatoria di ammissione
- 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 a medesimo titolo da parte di enti pubblici o privati per lo stesso periodo

- di essere in trattamento riabilitativo ambulatoriale presso il seguente centro di riabilitazione

Nome centro di riabilitazione									
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP	
							<input type="checkbox"/>		
Telefono fisso		Telefono cellulare		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata		

- di frequentare il corso nel seguente periodo

Dal giorno	Dalle ore	Al giorno	Alle ore

- di essere in trattamento chemioterapeutico presso il seguente ospedale e nel seguente periodo

Ospedale			
Dal giorno	Dalle ore	Al giorno	Alle ore

DICHIARA INOLTRE

che il soggetto interessato

- è in presenza di accompagnatore per il quale è necessario prenotare un posto a sedere
 non è in presenza di accompagnatore per il quale è necessario prenotare un posto a sedere

- è in grado di muoversi autonomamente
 non è in grado di muoversi autonomamente

- è su sedia a rotelle
 non è su sedia a rotelle

COMUNICA

- nel caso di beneficiari non residenti nel Comune di Caltanissetta, la propria residenza

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP	
							<input type="checkbox"/>		

- la ditta scelta per il servizio
- Etnos cooperativa sociale
 Tiemme srls

Eventuali annotazioni

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- certificazione medica attestante la situazione sanitaria del beneficiario
- copia dell'attestazione ISEE
- piano terapeutico contenente il numero di sedute e la relativa tipologia di trattamento da effettuare
- copia del documento di identità
(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)
- altri allegati

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Caltanissetta

Luogo

Data

Il dichiarante