

**Ai Sig. Sindaco del COMUNE DI FOZA**  
**Ufficio Servizi Sociali**  
**Via Roma, 4**  
**36010 FOZA (VI)**

**Oggetto: richiesta di attivazione del servizio di trasporto sociale per anziani e disabili  
(art. 16 Scheda 1/F Regolamento servizi sociali)**

**N.B. in caso di nuovo utente che non abbia mai usufruito del servizio, la domanda va presentata con un preavviso di almeno quindici giorni antecedenti alla prima prestazione richiesta.**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_, residente a FOZA (VI) in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_, recapito telefonico per comunicazioni \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Di essere ammesso ad usufruire del servizio di trasporto sociale per anziani e disabili, di cui all'art. 16, Scheda 1/F, del vigente regolamento comunale per la realizzazione di interventi, prestazioni e servizi in campo sociale.

(eventuale per domande presentate nel 2017) di aver già usufruito del servizio di trasporto negli anni precedenti alle condizioni vigenti.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci rese ai sensi del D.P.R. n° 445/2000 e ss.mm.ii.

**DICHIARA**

Di essere residente nel COMUNE DI FOZA;

Di essere in possesso degli ulteriori requisiti richiesti nei “criteri di accesso al servizio”, ed in particolare (*barrare i casi di interesse*):

- età superiore a 65 anni;
- invalidità civile pari al 100 % (si allega apposita certificazione medica);
- mancanza di patente di guida

*OPPURE*

di trovarsi in condizioni di inabilità temporanea alla guida per i seguenti motivi (*specificare*):

---

---

#### **COMUNICA inoltre**

di essere solo del proprio nucleo familiare e di non avere altri parenti prossimi nel territorio del Comune che possano effettuare l’accompagnamento

*OPPURE*

che il proprio familiare, anche convivente nel nucleo, non è in condizione di effettuare l’accompagnamento per il seguente motivo (es. mancanza di patente di guida, coincidenza della prestazione con i tempi di lavoro del proprio familiare, il familiare non è nella condizioni di usufruire di permessi lavorativi ex Legge 104/1992, ...)

**COMUNICA, altresì, di avere interesse ad attivare il servizio per le seguenti tipologie di prestazioni (*sono possibili anche più opzioni*):**

**ACCOMPAGNAMENTO PRESSO OSPEDALI E LUOGHI DI CURA PER VISITE SPECIALISTICHE, ESAMI CLINICI O RICOVERI.**

**SERVIZIO DI TRASPORTO SETTIMANALE PRESSO IL LABORATORIO ANALISI DELL’OSPEDALE DI ASIAGO PER PRELIEVI.**

**ACCOMPAGNAMENTO PRESSO UFFICI PUBBLICI/GESTORI DI PUBBLICI SERVIZI, CAF/ENTI DI PATRONATO PER SERVIZI VARI DI NATURA BUROCRATICA**

**ACCOMPAGNAMENTO PRESSO IL MERCATO SETTIMANALE DI ASIAGO IL SABATO MATTINA (qualora nell’anno sia attivato il servizio – n.b. il regolamento richiede un minimo di tre utenti interessati), precisato che sono interessati ad usufruire insieme del servizio anche le seguenti persone, che provvederanno a fare apposita domanda:**

---

*(eventuale, se sono previste nella deliberazione annuale delle tariffe esenzioni o agevolazioni)*

Richiede la seguente esenzione/agevolazione tariffaria per l'accesso al servizio:

---

Unisce allo scopo apposita certificazione I.S.E.E. in corso di validità.

In attesa di riscontro, porge distinti saluti.

Foza, li \_\_\_\_\_

Firma del richiedente \_\_\_\_\_