



AZIENDA SPECIALE "TERRACINA"
ENTE STRUMENTALE DEL COMUNE DI TERRACINA



Prot. N.
Del

**Al Direttore Generale
Dell'Azienda Speciale**

Il/La sottoscritto/a _____

Nato a	Il ____/____/____	C.F. / / / / / / / / / / / / / / / /	
Residente a Terracina	Si	No	Indirizzo
Recapiti telefonici	N.tl		

In qualità di:

Diretto interessato

Coniuge

Figlio/a

Fratello/Sorella

Altro (specificare)

CHIEDE CHE

(compilare solo nel caso che il fruitore sia diverso dal richiedente il servizio)

Nome _____ Cognome _____

Nato a	Il ____/____/____	C.F. / / / / / / / / / / / / / / / /	
Residente a Terracina	Si	No	Indirizzo
Recapiti telefonici	N.tl		

Possa usufruire del servizio di trasporto, riservato alle persone disabili ,

1) Trasporto Continuativo

- o Scolastico (scuola, centri estivi, centri ricreativi) presso _____
- o Centro Diurno Disabili o strutture socio-assistenziali presso _____

2) Trasporto Occasionale , presso _____

Indicare la durata del servizio richiesto _____

DICHIARA

Che tutte le informazioni e le dichiarazioni fornite di seguito e/o contenute nella documentazione allegata sono veritiere e che è consapevole delle sanzioni civili e penali a cui va incontro in caso di dichiarazioni mendaci, formazione di atti falsi o esibizione di atti contenenti dati non corrispondenti a verità (art. 76 D.P.R. 445/2000).

Che in caso di variazione delle situazioni che sono rilevanti ed in particolare quelle attinenti ai redditi e alla composizione familiare, saranno tempestivamente comunicate. In caso di mancata comunicazione, queste saranno considerate dall'Azienda Speciale come omissioni e pertanto perseguite secondo quanto sopra riportato.

A) Di trovarsi nella seguente condizione, come risulta dal certificato della Commissione medica ai sensi all'art. 4 della Legge 5 febbraio 1992 n.104

- Handicap permanente in condizioni di gravità*
per minori (> di anni 3)
- per adulti*
- Handicap permanente per anziani (> di anni 65)*
- Handicap in attesa di revisione*

B) Di essere seguito dall'Associazione "Anna Laura" con la quale l'Azienda Speciale ha stipulato un protocollo di intesa;

C) Di aver preso visione del vigente regolamento dell'Azienda Speciale adottato dal Consiglio di Amministrazione in data 28.03.2011 N. 05, che costituisce a tutti gli effetti di legge, contratto d'utenza, le cui condizioni contrattuali generali sono approvate per iscritto all'atto della sottoscrizione del presente modulo di richiesta, ai sensi delle vigenti normative, ai sensi degli artt. 1341 e 1342 del codice civile.

D) Di esonerare l'Azienda Speciale da ogni responsabilità relativamente alle condizioni di salute del trasportato ed alle eventuali difficoltà riconducibili allo stato di salute durante il trasporto e per fatti comunque non riconducibili direttamente alla responsabilità del conducente;

*E) Di essere a conoscenza che il trasporto è di **tipo sociale e non sanitario** e che il personale adibito al trasporto non è abilitato all'emergenza sanitaria;*

F) Di adottare , per ogni singolo trasporto, tutte le precauzioni necessarie alla salvaguardia del sottoscritto/trasportato, in relazione alle condizioni psicofisiche del medesimo.

SI IMPEGNA A COMUNICARE

- ❖ Almeno 3 giorni prima qualsiasi variazione : data, orario, luogo o sospensione*
- ❖ Solo per gravi motivi opportunamente certificati, entro le ore 8,00 del giorno stesso ;*
- ❖ A rispettare l'orario del trasporto stabilito dal Referente incaricato del servizio, sulla base delle esigenze del servizio stesso e di quelle dell'utente;*
- ❖ A pagare la quota contributiva stabilita e calcolata secondo i criteri adottati con il Regolamento del trasporto;*

INFORMATIVA TRATTAMENTO DEI DATI ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 196/2003 (Codice in materia di trattamento dei dati personali)

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere stato/a informato/a sul trattamento dei dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali .
Titolare del trattamento è l'Azienda Speciale di Terracina, nella persona del Direttore Generale.
Le finalità del trattamento sono di rilevante interesse pubblico ai sensi del D.Lgs 196/2003, art. 73.
Per tutte le fasi del trattamento è garantita la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi.
Per motivi di legge o di regolamento i dati personali possono essere comunicati ad altri enti eventualmente coinvolti nell'erogazione delle prestazione o al fine di accertamenti da parte dell'Azienda.
Si autorizza il trattamento dei dati personali classificabili come " sensibili" ai sensi dell'art. 20 del succitato D.lgs 30.06.2003, n.196.

Si ricorda che le dichiarazioni false sono punibili penalmente

Data ____/____/____

Firma del Dichiarante

Documento di riconoscimento:

Tipo:.....N.....rilasciato da.....il ____/____/____

Allegati:

1. **Certificato rilasciato dalla Commissione Medica attestante il tipi e il grado di invalidità (L.104/92)**
2. **Certificato del medico di famiglia attestante l'impossibilità ad usare i mezzi pubblici con l'indicazione dei tempi, durata e tipo di terapia prescritta per la malattia oncologia**
3. _____
4. _____

.....
RICEVUTA DOMANDA SERVIZIO TRASPORTO SOCIALE PER DISABILI

Il ____/____/____/, con prot. N. _____

Ho presentato la domanda per:

- 1) **Trasporto Continuativo**
 - o Scolastico (scuola, centri estivi, centri ricreativi) presso _____
 - o Centro Diurno Disabili o strutture socio-assistenziali presso _____
- 3) **Trasporto Occasionale** , presso _____Indicare la durata del servizio richiesto _____

RISERVATO ALL'UFFICIO SERVIZI SOCIALI

1. A norma dell'art. 29 comma 2 della Legge n.448 del 28/12/2001 l'utente è tenuto a concorrere al costo del servizio.
2. Si accettano domande di mutamento tariffario in corso d'anno per comprovata e sopraggiunta variazione del domicilio dell'utenza.
3. I mutamenti di tariffa in corso d'anno non hanno un effetto retroattivo e decorreranno a partire dal 1° del mese successivo alla data di presentazione della domanda di variazione.
4. La tariffa a carico dell'utente è determinata dalla retta mensile fissa, commisurata in relazione al numero di interventi effettuati (comprensiva di andata e ritorno) per la quota fissa di 1 euro al dì e alla distanza chilometrica percorsa nel corso dell'intervento, commisurata al numero degli interventi.

La tariffa a carico dell'utenza è determinata nel seguente modo:

- Costo fisso

Euro 1,00 (A.R.) *gg. di trasporto. Pertanto la quota fissa è determinata in euro 30,00

- Costo variabile

- 1) distanza chilometrica – da 1 a 11- euro 0,10 *gg.+ euro 30 (quota fissa)= euro 33 mensili
- 2) “ “ - da 12 a 21- euro 0,20*gg.+ euro 30 “ = euro 36 mensili
- 3) “ “ - da 22 a 31- euro 0,30 *gg. + euro 30 “ = euro 39 mensili
- 4) “ “ - da 32 oltre – euro 0,40* gg.+ euro 30 “ = euro 42 mensili

Nel caso in cui l'utente faccia richiesta di un abbonamento mensile, il costo è abbattuto nel seguente modo:

1^ fascia (Km da 1 a 11) 18% di abbattimento sul costo complessivo mensile, costo finale euro 27,00;

2^ fascia 15% = euro 30,60

3^ fascia 12% = euro 34,32

4^ fascia 10% = euro 37,80

DETERMINAZIONE DEL COSTO: Totale _____
COSTO FISSO- TOTALE
COSTO VARIABILE- TOTALE