## MODELLO DI DOMANDA DI PARTECIPAZIONE Servizio di Trasporto Sociale dell'Ambito Territoriale Sociale di Caulonia

A Ufficio di Piano Ambito Territoriale Sociale di Caulonia anche tramite il COMUNE di

QUADRO A. – DATI ANAGRAFICI DEL BENEFICIARIO						
Cognome e Nome						
Nato/a a	il					
Residente in	Via	n				
Codice fiscale						
Numero di telefono	email					
Stato civile						
In caso di presentazione da parte di altro soggetto: QUADRO A1. – GENERALITÀ DI CHI PRESENTA LA DOMANDA						
Cognome e Nome						
in qualità di (genitore, familiare convivente / tutore / amministratore di sostegno, ecc.) di						
del sotto indicato beneficiario:						
Cognome e Nome						
Nato/a a	ili					
Residente in	Via	n				
Codice fiscale						
Numero di telefono	email					
Stato civile						

## CHIEDE

		•			li Caulonia, di essere
ammesso/a a fruir previste dall'avvisc		i Trasporto Social	e, per sé o per il	/la proprio/a assis	stito/a, alle condizioni
A tal fine, dichiara		ı del servizio per (d	descrivere la motiv	azione):	
				·	
esibizione di atti fa codice penale e da relative alla decad	ılsi o contenenti d alle leggi speciali lenza dai benefid	dati non risponden in materia, nonche	ti a verità, ai sensi é delle conseguen	dell'art.76 D.P.R ze previste dall'ar	arazioni mendaci o di . 445/2000, punite dal t. 75 D.P.R. 445/2000 anato sulla base della
dichiarazione non	veritiera,	ı	DICHIARA		
B. di essere resid C. di essere in po	lente in uno dei 1 essesso di attesta izione attuale del	zione ISEE	nenti all'Ambito Te I richiedente è la s	rritoriale Sociale o	di Caulonia; ire la sottostante tabell
	I° Componente	II° Componente	III° Componente	IV° Componente	V° Componente
Cognome/Nome					
Relazione					
Luogo di nascita					
Data di nascita					
E. che la propria		· ·			
(	QUADRO C. – IN	IFORMAZIONI SU	ILLA CONDIZION	E FAMILIARE	
Presenza atti	va di rete di fam	niliari di primo gra	do competente ed	d adeguata	□ Si □ No
Presenza di familiari parzialmente adeguata se si specificare i motivi				□ Si □ No	
3. Presenza di i se si specifica	rete familiare ina are i motivi	adeguata			□ Si □ No
Mancanza di rete familiare □ Si □ No se si specificare i motivi					□ Si □ No

- F. di essere consapevole che l'eventuale ammissione al servizio comporterà una compartecipazione economica determinata in base all'indicatore ISEE, secondo le tariffe previste;
- G. di essere informato/a che la quota dovuta dovrà essere versata direttamente all'Ente del Terzo Settore (ETS) convenzionato;
- H. di essere a conoscenza che i dati personali saranno trattati nel rispetto del Regolamento UE 2016/679 (GDPR)

Luogo, Data	
	Firma

## **ALLEGATI OBBLIGATORI**:

- 1. copia del documento di riconoscimento in corso di validità del beneficiario (in caso di presentazione da parte di altro soggetto, documenti del beneficiario e di chi presenta la domanda);
- 2. (qualora ricorrente) dichiarazione stato di handicap (L. n. 104/1992);
- 3. (<u>qualora ricorrente</u>) certificazione medica rilasciata da struttura sanitaria pubblica attestante eventuali patologie che richiedono terapie/cure riabilitative/visite/ecc...;
- 4. Attestazione ISEE della persona interessata in corso di validità.