

**MODELLO PER RICHIEDENTE ≠ DA BENEFICIARIO**

Al Comune di Cattolica

**RICHIESTA DI ACCOMPAGNAMENTO SOCIALE**

Io sottoscritto/a (cognome e nome) \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ ( )

Residente a \_\_\_\_\_ ( )

In via/piazza \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ Int. \_\_\_\_\_

Domiciliato (se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_ ( )

In via/piazza \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ Int. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

**CHIEDE LA REALIZZAZIONE DELL'ACCOMPAGNAMENTO SOCIALE IN QUALITÀ' DI:**

famigliare/tutore, nello specifico \_\_\_\_\_

della Sig./ra \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ ( )

Residente a \_\_\_\_\_ ( )

In via/piazza \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ Int. \_\_\_\_\_

Domiciliato (se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_ ( )

In via/piazza \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ Int. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

**SCOPO DELL'ACCOMPAGNAMENTO SOCIALE**

visita medica/specialistica/esami clinici, presso \_\_\_\_\_ giorno \_\_\_\_\_ ora \_\_\_\_\_;

cure fisiche, presso \_\_\_\_\_ giorno \_\_\_\_\_ ora \_\_\_\_\_;

servizi Socio/Assistenziale presso \_\_\_\_\_ giorno \_\_\_\_\_ ora \_\_\_\_\_;

servizi per necessità di vita quotidiana \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ ora \_\_\_\_\_

**A TAL FINE DICHIARA**

**CHE IL BENEFICIARIO DEL SERVIZIO DI ACCOMPAGNAMENTO SOCIALE E'**

ultrasessantacinquenne e/o disabile non autosufficiente o parzialmente autosufficiente, privo/a di patente di guida o automezzo;

in possesso di invalidità momentanea e certificata che ostacola la mobilità autonoma;

- che vive a significativa distanza dal centro abitato, dai mezzi di trasporto, dai servizi;
- di non avere familiari di riferimento e/o con situazioni familiari altamente multi problematiche;
- persona in carico e/o segnalati dai Servizi pubblici socio-sanitari

di avere un ISEE in corso di validità di Euro \_\_\_\_\_

#### DICHIARA INOLTRE

che il beneficiario non ha famigliari prossimi di riferimento

di avere i seguenti famigliari impediti all'accompagnamento

1. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

In via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Motivo dell'impedimento \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

In via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Motivo dell'impedimento \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

In via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Motivo dell'impedimento \_\_\_\_\_

4: \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

In via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Motivo dell'impedimento \_\_\_\_\_

Consapevole ai sensi degli artt. 71/75 del D.P.R. n 455 del 2000 delle responsabilità penali che si assume per falsità in atti e dichiarazioni mandati e che la non veridicità di quanto dichiarato comporta la decadenza del beneficio dichiarato:

1. che i dati riportati in questa domanda corrispondono al vero;
2. di aver preso visione del regolamento per l'accesso al servizio di trasporto sociale approvato con Del. C.C. n.° 13 del 29/03/2019;

Mi impegno altresì a comunicare tempestivamente all'Ufficio Servizi Sociali qualsiasi variazione dei dati dichiarati al momento della compilazione del presente modulo.

#### **INFORMATIVA SULL'USO DEI DATI PERSONALI**

##### **Art. 13 del Regolamento Europeo n. 697/2016 – in materia di protezione dei dati personali.**

La informiamo che i dati personali richiesti nel presente modulo, da lei forniti, saranno trattati unicamente per i procedimenti amministrativi in corso e per i controlli previsti dalla Legge, sia in forma elettronica che cartacea. Le informazioni fornite potranno essere utilizzate e comunicate ad Enti e/o soggetti pubblici nei limiti previsti da norme di Legge o Regolamenti, o quando ciò risulti necessario per lo svolgimento delle funzioni istituzionali. I diritti dell'interessamento in relazione al trattamento dei dati personali sono quelli indicati dal Regolamento sopra citato. Il titolare del trattamento dei dati è il Comune di Cattolica.

Allega alla presente:  fotocopia della carta di identità;  dichiarazione ISEE;  verbale di invalidità.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Note: A seguito dell'avvenuta iscrizione la prenotazione dovrà avvenire almeno una settimana prima della data di inizio dell'accompagnamento richiesto. La conferma dell'attivazione del servizio avverrà entro le 72 ore successive. Nei casi di urgenza i termini di cui sopra sono ridotti a 3 giorni per la richiesta di attivazione ed a 48 ore per la conferma. In caso di concomitanza di più richieste urgenti nel medesimo giorno e in sedi diverse, si seguirà l'ordine cronologico di prenotazione.