

AMBITO TERRITORIALE N. 7



All'AMBITO TERRITORIALE 7 - Ufficio di Piano
Via Pacelli n.3
74024 Manduria (TA)

Per il tramite del
SEGRETARIATO SOCIALE

Istanza n. _____

OGGETTO: Richiesta di Trasporto Assistito Disabili

Il/La sottoscritto/a

Cognome		Nome	
Nato/a a		Prov.	il
Residente a		Prov.	
Indirizzo		CAP	
C.F./			
In qualità di genitore/tutore/parente (<i>specificare</i>)			
Cognome		Nome	
Nato/a a		Prov.	il
Residente a		Prov.	
Indirizzo		CAP	
Tel.		e-mail	
C.F./			

Affetto da _____

CHIEDE

di poter usufruire del Servizio di Trasporto Assistito Disabili presso la seguente struttura riabilitativa:

A tal fine dichiara:

- che il proprio familiare all'avvio del servizio sarà prelevato:

☐ presso il proprio domicilio ovvero

☐ presso il seguente indirizzo _____
tel. n. _____

- Al termine dello stesso sarà affidato al/la sig./sig.ra _____
(specificare eventuale grado di parentela) _____ presso il
seguente indirizzo _____, tel.
n. _____.
- che il proprio familiare necessita di affidatario: SI ☐ NO ☐
- di impegnarsi a:
 - Rispettare gli orari previsti per il Trasporto Assistito Disabili;
 - Comunicare tempestivamente ogni variazione sia di orario che di indirizzo, o del nominativo del referente a cui affidare l'utente o altre notizie utili affinché il servizio trasporto sia fruibile nella migliore maniera possibile.

Il/la sottoscritto/o è consapevole che se i termini di tale accordo non saranno rispettati il trasporto verrà tempestivamente sospeso.

Luogo e data _____

Firma

Allega la seguente documentazione:

- ☐ Copia di verbale riconoscimento disabilità ai sensi della L.104/92 ;
- ☐ Copia istanza di riconoscimento disabilità ai sensi della L.104/92 ;
- ☐ Attestazione ISEE in corso di validità.