Allegato "A"

Alla C.A. dell'Ufficio Servizi Sociali
Viale A. Volta, 4
35041 – BATTAGLIA TERME (PD)

Oggetto: **Richiesta accesso servizio di TRASPORTO SOCIALE per l'anno 20___**

Il sottoscritto_____
Nato a_____il_____residente a Battaglia Terme
Via_____n°___tel.
Codice fiscale_____, in nome e per conto:
☐ proprio

☐ di mio _____(indicare grado di parentela)
Cognome_____Nome _____
Nato a_____il_____residente a Battaglia Terme

C H I E D E

di usufruire, ai sensi del vigente Regolamento che disciplina la compartecipazione economica da parte degli utenti (ISEE), del **SERVIZIO TRASPORTO SOCIALE** organizzato da codesta Amministrazione. A tal fine,

D I C H I A R A

di essere consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000),

☐ di essere a conoscenza delle modalità organizzative relative alla fruizione del servizio di mobilità debole;

☐ di essere realmente impossibilitati all'uso dei mezzi pubblici;

☐ che il beneficiario del trasporto è diversamente abile con invalidità civile al_____%;

☐ di non avere familiari e/o parenti e affini che usufruiscono di permessi retribuiti ai sensi dell'art.33 della legge n.104/92;

☐ di non avere parenti in grado di provvedervi;

☐ di essere un soggetto socialmente svantaggiato;

☐ di autorizzare il trattamento dei dati personali ai sensi del Dlgs 196 del 30 giugno 2003 e dell'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679).

C H I E D E

☐ di accedere alle prestazioni agevolate avendo un'INVALIDITA' CIVILE riconosciuta al 100% di cui si allega certificazione;

☐ di accedere alle prestazioni agevolate avendo un reddito ISEE pari a _____,
(Minore di **18.000 €**) come da attestazione ISEE in corso di validità protocollo INPS n. _____ di cui si allega copia.

Battaglia Terme,_____ Firma _____

Parere Assistente Sociale_____

Esente da imposta di bollo ai sensi dell' art . 37 D. P . R. 445 / 2000 .

Allegare fotocopia documento d'identità in corso di validità del dichiarante