

Richiesta N° _____

Al Servizio Sociale
Comune di _____

OGGETTO: **Richiesta di Trasporto Assistito Disabili**

Il/ la sottoscritto/a _____, genitore/tutore di _____

nato /a a _____ il _____ residente a _____
via _____

_____ n. _____, affetto
da _____

CHIEDE

di poter usufruire del Servizio di Trasporto Assistito Disabili

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

Il Richiedente

DICHIARAZIONE

Il/la sottoscritto/a _____, genitore/tutore
di _____

nato /a a _____ il _____ residente
a _____ via _____

_____, telefono N. _____

C.F.(utente) _____

Dichiaro che il proprio familiare _____ all'avvio del servizio sarà
prelevato

presso il proprio domicilio o presso il seguente indirizzo _____

tel. n. _____ e al termine del servizio sarà affidato al/la
sig./sig.ra _____

presso il seguente indirizzo _____, tel.
n. _____

Dichiaro che il proprio familiare _____ non necessita di affidatario.

Dichiara, altresì, che si impegna a:

1. Rispettare gli orari previsti per il Trasporto Assistito Disabili;
2. 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/a _____ è consapevole che se i termini di tale accordo non saranno rispettati il trasporto verrà tempestivamente sospeso.

In fede