 **ISTITUZIONE CENTRO SERVIZI PER ANZIANI**

**DEL COMUNE DELL’AQUILA**

**“*Cardinale Corradino Bafile”***

**ALLEGATO B)**

**ALL’ISTITUZIONE CENTRO SERVIZI PER ANZIANI**

**Via Capo Croce, n. 1**

**67100 L’AQUILA**

Il/la sottoscritto/a….……….……………………………………………………...………

nato/a ………………………..……..…………il……………………….………….………….

residente a ……………………………via……….…………….…………..…… n° ……. Tel./cell..……………………………..………………………………………………………….

indirizzo e-mail …………………….……………………………………………………….. in qualità di:

* persona interessata;
* familiare/caregiver,
* Amministratore di Sostegno;
* altro………………………………….

del/la Sig./ra…………………………………………………………………………………..

nato/a a………………………..……..………….il………………..…….…………….……

residente a ………………………………via……….…………….…………..…n° ……. Domiciliato/a a..………………………..via…………………………………….n° ……. Tel./cell

indirizzo e-mail …………………………………..…………………………………………..

CHIEDE

di essere ammesso al **Servizio “*Trasporto Sociale Anziani”*.**

TIPOLOGIA DEL VIAGGIO:

* Ambulatori sanitari, pubblici o convenzionati e privati (per visite mediche, indagini diagnostiche, etc…);
* Enti Pubblici (per disbrigo di operazioni burocratiche e di commissioni);
* Negozi Commerciali (per provvedere alla spesa alimentare, farmaceutica ed altro ) e luoghi di culto**.**

PERIODICITA’- giorno della settimana ed orario:

* Lunedì, dalle ore………………………….alle ore....................;
* Martedì, dalle ore…………………………alle ore....................;
* Mercoledì, dalle ore……………………..alle ore....................;
* Giovedì, dalle ore……………………......alle ore....................;
* Venerdì, dalle ore…………………………alle ore.....................

Alla presente domanda allego/a:

1) autodichiarazione ovvero certificato di stato di famiglia e residenza/domicilio;

1. copia del documento d’identità del richiedente, in corso di validità;

3) copia del documento d’identità della persona destinataria del Servizio, in corso di validità;

4) copia del verbale di Invalidità Civile;

5) dichiarazione sostitutiva unica ISEE (ordinario o sociosanitario) ai sensi del DPCM 159/2013, in corso di validità.

Il/La sottoscritto/a dichiara:

* sotto la propria personale responsabilità, la veridicità dei dati riportati nella domanda, consapevole delle conseguenze penali derivanti da affermazioni e dichiarazioni mendaci richiamate dall'art. 76 D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 che automaticamente comportano l'esclusione dai benefici di cui al presente bando. Il Servizio Sociale dell’Istituzione CSA procederà all'effettuazione di controlli, sulla veridicità di quanto dichiarato, ai sensi degli artt. 71 e 72 del 3l D.P.R. n. 445 del 28.12.2000;

- di acconsentire al trattamento dei dati personali in conformità della normativa vigente, D.Lgs 196/03 e del Regolamento UE 2016/679, e secondo quanto indicato nel bando del detto Servizio.

Data …………..…………………

Firma

………………….……………………