|  |  |
| --- | --- |
| **RISERVATO ALL’UFFICIO** Protocollo n. del | **Allegato A** |

Al Comune di Torremaggiore

Ufficio Servizi Sociali

Via della Costituente n. 29

71017 Torremaggiore (FG)

[uffcom.torremaggiore@legalmail.it](mailto:uffcom.torremaggiore@legalmail.it)

|  |  |
| --- | --- |
| **OGGETTO:** | **RICHIESTA ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO TAXI SOCIALE** |

**Il/La sottoscritto/a:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Cognome | | |  | | | | | | | | | | Nome | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nato/a a | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | il | |  | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Residente a | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | Prov. | | | |  | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Indirizzo | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | CAP | | | | |  | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Codice fiscale | | | |  |  |  |  |  | |  |  | | |  | |  | |  |  |  | | |  | | | |  |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tel. |  | | | | | | | | | | | Cell. | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | |  | |  | | | | | | | | | |  |  | | |  | | | |  |  | |  |
| e-mail | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

In qualità di (*barrare la voce che interessa*):

|  |  |
| --- | --- |
| * **Beneficiario** |  |
| * **Familiare / Tutore del beneficiario** | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Cognome | | |  | | | | | | | | | | Nome | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nato/a a | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | il | |  | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Residente a | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | Prov. | | | |  | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Indirizzo | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | CAP | | | | |  | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Codice fiscale | | | |  |  |  |  |  | |  |  | | |  | |  | |  |  |  | | |  | | | |  |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tel. |  | | | | | | | | | | | Cell. | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | |  | |  | | | | | | | | | |  |  | | |  | | | |  |  | |  |
| e-mail | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**CHIEDE**

il servizio di "Taxi Sociale", istituito e disciplinato con Deliberazione della Giunta Comunale n.180 del 12.08.2025 per la seguente data:

* giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_ mese \_\_\_\_\_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* da Via \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_ ;
* a Via \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_ \_\_\_\_\_\_\_;
* Andata e ritorno;
* Andata;
* Ritorno.

**MOTIVO DELLA RICHIESTA:**

* Visite mediche o terapie
* Spesa e commissioni di prima necessità
* Appuntamenti burocratici o amministrativi
* Altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**A tal fine, consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci, dichiara sotto**

**la propria personale responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, di essere a conoscenza di tutte le disposizioni contenute nel Disciplinare approvato con Deliberazione della Giunta Comunale n.180 del 12.08.2025, di impegnarsi a rispettare le prescrizioni ivi contenute e di avere i seguenti requisiti per l’accesso al servizio di TAXI SOCIALE:**

(selezionare una o più opzioni)

* Residenza nel Comune di Torremaggiore;
* Anziano/a over 65 non autosufficiente o parzialmente autosufficiente;
* Disabilità certificata superiore al 75%;
* Paziente oncologico;
* Minore con disabilità;
* Impossibilità fisica a guidare o usare mezzi pubblici
* Assenza o carenza di rete familiare/informale (es. vicinato, volontariato)
* Accompagnatore privo di patente o mancata disponibilità di mezzo di trasporto
* Altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La richiesta di trasporto, completa di documentazione, va presentata al Segretariato Sociale presso l’Ufficio Servizi Sociali oppure trasmessa, tramite pec, al seguente indirizzo: [uffcom.torremaggiore@legalmail.it](mailto:uffcom.torremaggiore@legalmail.it) oppure e-mail: servizi.sociali@comune.torremaggiore.fg.it.

## **Documenti da allegare alla domanda:**

* doc. identità in corso di validità;
* documentazione socio-sanitaria attestante i requisiti di accesso al servizio;

**IL RICHIEDENTE**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_