

### DOMANDA DI UTILIZZO DEL SERVIZIO DI TAXI SOCIALE

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_ nat\_a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Telefono n. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

In qualità di: Diretto interessato  - Coniuge  - Figlio  - Fratello   
- Altro (specificare) \_\_\_\_\_

### CHIEDE L'UTILIZZO DEL SERVIZIO

per il Sig. \_\_\_\_\_ nat\_a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Telefono n. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

per recarsi presso la struttura \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

per i seguenti motivi:

---

---

---

Con Accompagnatore Obbligatorio: SI  NO

### DICHIARA

a tal fine, ai sensi e per gli effetti degli artt.38 e 47 del DPR 28.12.2000 n.445 e consapevole delle conseguenze anche penali previste in caso di dichiarazioni mendaci dagli artt.75 e 76 del medesimo DPR,

- che il medico curante è il Dott. \_\_\_\_\_;
- Di avere preso visione delle tariffe\* e del vigente regolamento;
- di essere a conoscenza del fatto che saranno applicate tariffe agevolate correlate all'ISEE in corso di validità;
- di essere a conoscenza del fatto che il servizio, di norma, è svolto da personale

volontario NON specialistico che non prevede assistenza;

- Le prenotazioni per il taxi sociale devono pervenire ENTRO DIECI GIORNI dalla data richiesta per il servizio;
- A seguito dell'autorizzazione dovrà pervenire il versamento effettuato almeno due giorni prima del servizio richiesto.

\* Tariffario :

ISEE	IMPORTO CHILOMETRICO
DA 0 A 5.000€	0.05 € A KM
DA 5.001 A 10.000€	0.20 € A KM
MAGGIORE DI 10.001 €	0.40 € A KM

INFORMATIVA (ai sensi dell'art. 13 del Decreto L.gs.vo 30.06.03 n. 196)

Dichiaro di essere a conoscenza che i dati personali e sensibili qui forniti sono trattati esclusivamente ai fini dell'istruttoria della presente, relativa ad un'attività di rilevante interesse pubblico tra quelle elencate al Capo IV del citato D.Lgs.vo 196/2003, e del fatto che tali dati verranno comunicati ai soggetti che erogano il servizio o la prestazione da me richiesti e ad ogni altro soggetto a cui si renda necessario comunicarli ai fini della corretta e completa istruttoria della pratica oggetto della presente. Prendo atto, infine, che il Responsabile del trattamento è il Responsabile dell'Ufficio destinatario dei dati in oggetto, che il titolare è il Comune di Corleto Perticara, e sono consapevole di poter esercitare presso le competenti sedi i diritti previsti dall'art. 7 del citato Decreto Legislativo 196/2003.

IL RICHIEDENTE - DICHIARANTE

---

DICHIARA

inoltre, di essere consapevole che saranno eseguiti controlli diretti ad accertare la veridicità dei dati forniti attraverso l'Agenzia delle Entrate e la Guardia di Finanza e che, ai sensi dell'art.76 del DPR 28.12.2000 n.445 chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal Testo Unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia. Qualora venga accertata la non veridicità delle dichiarazioni rese, il richiedente decadrà immediatamente dal beneficio concessogli e incorrerà nelle sanzioni previste dal Codice Penale e delle leggi specifiche in materia.

IL RICHIEDENTE / DICHIARANTE

---

Si allega alla presente dichiarazione ISEE e prescrizione medica (o documento equivalente) con eventuale numero di prenotazione.

RISERVATO ALL'UFFICIO COMPETENTE:

Si autorizza: SI  NO