

Al Sindaco del Comune di A G U G L I A N O

**Oggetto: Istanza per usufruire del Servizio di Trasporto Sociale .**

.....sottoscritt..... nat.. a ..... il  
..... e residente a AGUGLIANO in Via .....  
.....n°. .... (tel. ....)  
codice fiscale.....

- genitore/tutore di \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

**C H I E D E**

di poter usufruire del Servizio di Trasporto Sociale per raggiungere la sede di :

- istituto scolastico di frequenza \_\_\_\_\_
- centro diurno/ di aggregazione/riabilitativo/ricreativo \_\_\_\_\_
- sede per terapie e/o visite mediche e/o specialistiche \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ se di età superiore ai 65 anni.

A tal fine dichiara:

- 1)  di essere disabile, ed in possesso della seguente documentazione:
  - attestazione di handicap con carattere di permanenza,
  - attestazione di handicap, in condizione di gravità, con carattere di permanenza,
  - attestazione di handicap, in condizioni di gravità temporanea, soltanto per i minori,
- di essere in carico al Dipartimento di Salute Mentale, allegandone documento di presa in carico.

- 2) di trovarsi nella seguente situazione disagiata personale e/o familiare che non consente di provvedere al trasporto autonomamente:  
.....  
.....  
.....

Allega inoltre la seguente documentazione:

- 1) documentazione attestante la frequenza a istituti scolastici, centro diurno/ di aggregazione/riabilitativo/ricreativo/sede per terapie e/o visite mediche e/o specialistiche, e in caso di intervento presso ASUR (o istituto accreditato e convenzionato), la dichiarazione che l'intervento prescritto non dà luogo a trasporto a carico dell'ASUR (con indicazione di sede, orari);
- 2) ogni altro documento, ritenuto necessario a stabilire le reali condizioni di salute della persona, o dei componenti il nucleo familiare.

In fede

Agugliano, lì .....

Firma

.....

Gli utenti disabili che frequentano centri diurni, di aggregazione, ricreativi, riabilitativi allegano, altresì, la seguente dichiarazione rilasciata dal responsabile del centro del programma di frequenza:

*Le condizioni cliniche del paziente consentono l'uso di mezzi ordinari e/o speciali di trasporto personale.*

Firma del richiedente

.....

Firma del responsabile del programma di frequenza

.....