

AL COMUNE DI PRIOLO GARGALLO
UFFICIO SERVIZI SOCIALI - SETTORE XII
VIA N. FABRIZI, SN

OGGETTO: RICHIESTA FRUIZIONE SERVIZIO TRASPORTO DISABILI PER LO SVOLGIMENTO DI PRESTAZIONI RIABILITATIVE IN REGIME SEMIRESIDENZIALE. ANNO 2024

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____ e residente a Priolo Gargallo in Via/Piazza _____ n. _____ in qualità di _____ del/della Sig./ra _____ recapito telefonico _____, come è previsto dalle LL. RR. nn. 68/81 e 16/86, dalla circolare esplicativa Assessoriale degli EE. LL. Regione Sicilia n.8/96, nonché dalla Legge 104/92,

CHIEDE

la fruizione del servizio trasporto disabili, mediante accreditamento, per l'accompagnamento A/R presso il centro di riabilitazione convenzionato per lo svolgimento di prestazioni riabilitative in regime semiresidenziale _____ sito in Via _____ n. _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dell'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, ai fini dell'ottenimento/mantenimento del contributo trasporto,

DICHIARA

- di essere residente a Priolo Gargallo, in _____ n° _____
- di essere domiciliato ai fini dell'erogazione del servizio presso _____
Via _____ n. _____.
- di essere a conoscenza dell'obbligo di segnalare tempestivamente **all'Ufficio Servizi Sociali – Settore XII** il verificarsi di fatti che comportino il mutamento della situazione preesistente.
- di essere a conoscenza di dovere eventualmente integrare la presente entro 10 gg. dalla ricezione del relativo invito, pena l'improcedibilità della stessa.
- di essere a conoscenza che il venir meno dei requisiti di legittimazione previsti comporta la decadenza del beneficio accordato.
- di essere a conoscenza che la mancata disponibilità della risorsa finanziaria assegnata per tale servizio non vincola l'Amministrazione Comunale.

- di non avere presentato analoga richiesta o ricevuto alcun contributo per lo stesso servizio da altri Enti pubblici o privati nel medesimo periodo di riferimento.

ALLEGA

- A) Copia del verbale rilasciato ai sensi della legge n. 104/92;
- B) Autorizzazione rilasciata dall'ASP, indicante il Centro di riabilitazione presso il quale saranno effettuate le prestazioni riabilitative in regime semiresidenziale, o, in assenza di tale autorizzazione, autocertificazione dell'utente o di chi ne fa le veci, che attesti l'avvenuta autorizzazione da parte dell'Asp;
- C) Certificazione rilasciata dal Centro Riabilitativo attestante i giorni di effettiva presenza;
- E) Fotocopia del documento di riconoscimento del disabile o del rappresentante legale dello stesso;
- F) Copia di eventuale tutela/curatela/amministrazione di sostegno;

Il **Comune di Priolo Gargallo Settore Politiche Sociali**, in qualità di titolare (con sede legale in Priolo Gargallo , Via Fabrizi s.n.c. e-mail:politichesociali@comune.priologargallo.sr.it PEC: ufficio.protocollo@pec.comune.priologargallo.sr.it Telefono: **0931/779359/306/218** tratterà i dati personali da Lei conferiti con il presente modulo di istanza/comunicazione con modalità prevalentemente informatiche e telematiche (ad esempio, utilizzando procedure e supporti elettronici) nonché manualmente (ad esempio, su supporto cartaceo), con logiche correlate alle finalità previste dalla base giuridica, seguente: **L. 328/2000, L.R. 22/1986, Legge n. 104/1992 ss.mm.ii., D.P.C.M. 14/02/2001, D.P.C.M. 12/01/2017, L.R. n.10/2003; L.C. n. 3/2001; D.Lgs. 147/2017; Legge n. 241/1990 s.m.i., L.R. n. 10/1991 s.m.i., D.Lgs. n. 33/2013 s.m.i., D.Lgs. n. 267/2000 s.m.i., DPR n. 445/2000 s.m.i., D.Lgs. n. 196/2003 s.m.i., D.Lgs n. 101/2018, Reg. UE n 679/2016**, in relazione ai procedimenti amministrativi da istruire, sia ad istanza di parte sia ad iniziativa degli uffici.

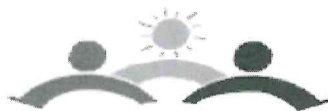
I dati personali vengono raccolti per lo svolgimento delle funzioni istituzionali dell'A.C., i dati vengono trattati in modo lecito e corretto e per un tempo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali sono raccolti e trattati. Devono essere esatti, completi, pertinenti e non eccedenti rispetto alle finalità per i quali sono raccolti e trattati. Al trattamento dei dati possono attendere anche soggetti esterni pubblici o privati con i quali il Comune ha un rapporto di concessione, convenzione e/o contatto finalizzato all'espletamento della procedura di parte di essa.

Si allega elenco aggiornato degli enti accreditati tra i quali individuare il soggetto fornitore del servizio.

Priolo Gargallo, li _____

FIRMA

(del disabile o di chi lo rappresenta legalmente)



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D48

Servizio di Trasporto Inabili e Malati Oncologici

Il/La Sottoscritt _____

nat_ a _____ il _____ e residente a _____

in via _____ telefono _____

in qualità di _____ beneficiario _____

dichiara

di scegliere, per l'erogazione del servizio, tra tutte le Cooperative accreditate all'Albo del Distretto Socio- sanitario 48, la seguente (barrare con una X la cooperativa scelta):

Coop. L'albero - Priolo G.

Coop. Gargallo 2050 - Priolo G.

Coop. Eubios - Siracusa

Ass. San Domenico Savio - Siracusa

Ass. Co.Re.Si. A.I.A.S. - Catania

Ass. Anffas Palazzolo A.

Coop. Auxilium - Priolo G.

Coop. Esperia 2000 - Siracusa

Ass. La meta - Lentini

Coop. Sicula servizi - Catania

di essere consapevole che la scelta della cooperativa _____

resta valida per tutta la durata del servizio per il quale si esprime la presente preferenza.

Priolo Gargallo, _____

Firma _____