

## Al Comune di San Giovanni in Marignano

### ISCRIZIONE AL SERVIZIO DISTRETTUALE DI ACCOMPAGNAMENTO SOCIALE

Io sottoscritto/a (cognome e nome) _____
Nato/a il _____ a _____ ( )
Residente a _____ ( )
In via/piazza _____ N. ___ Int. ___ Tel/Cell. _____
e-mail _____ Codice Fiscale  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

In nome e per conto di:

me stesso

oppure

di persona da trasportare nella mia qualità di:

parente o altro legame (es. figlio/coniuge/fratello/compagno/amico...) \_\_\_\_\_

esercente la patria potestà - esercente tutela sulla persona trasportata sopra indicata

addetto alla cura ed assistenza del richiedente il servizio (specificare es. badante) \_\_\_\_\_

altro (specificare) \_\_\_\_\_

#### CHIEDO

<b>L'ACCESSO AL SERVIZIO DI ACCOMPAGNAMENTO DISTRETTUALE</b>
Per il sig./sig.ra _____ nato il _____ a _____ prov. _____ residente a _____ ( ) in via _____ N. ___ tel/cell. _____ e-mail _____
Codice fiscale  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

visita medica/specialistica/esami clinici, presso \_\_\_\_\_ giorno \_\_\_\_\_ ora \_\_\_\_\_;

cure fisiche, presso \_\_\_\_\_ giorno \_\_\_\_\_ ora \_\_\_\_\_;

servizi Socio/Assistenziale presso \_\_\_\_\_ giorno \_\_\_\_\_ ora \_\_\_\_\_;

servizi legati a necessita di vita quotidiana (specificare) \_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_ giorno \_\_\_\_\_ ora \_\_\_\_\_;

servizio di dialisi presso \_\_\_\_\_ giorno/i \_\_\_\_\_

andata e ritorno SI  NO  orario dalle \_\_\_\_\_ alle .....

#### A TAL FINE DICHIARO

di essere persona ultrasessantacinquenne e/o disabile non autosufficiente o parzialmente autosufficiente, privo/a di patente di guida o automezzo;

di essere persona in possesso di invalidità momentanea e certificata che ostacola la mobilità autonoma;

di vivere a significativa distanza dal centro abitato, dai mezzi di trasporto, dai servizi;

di non avere familiari di riferimento e/o con situazioni familiari altamente multi problematiche;

di essere persona in carico e/o segnalati dai Servizi pubblici socio-sanitari;

di avere un ISEE in corso di validità di Euro \_\_\_\_\_

oppure

di avere preso appuntamento per la certificazione dell'ISEE per il giorno \_\_\_\_\_

#### DICHIARO INOLTRE

di non avere famigliari prossimi di riferimento

di avere i seguenti famigliari impediti all'accompagnamento

1. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

In via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Motivo dell'impedimento \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

In via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Motivo dell'impedimento \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

In via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Motivo dell'impedimento \_\_\_\_\_

Consapevole ai sensi degli artt. 71/75 del D.P.R. n 455 del 2000 delle responsabilità penali che si assume per falsità in atti e dichiarazioni mandaci e che la non veridicità di quanto dichiarato comporta la decadenza del beneficio dichiarato:

1. che i dati riportati in questa domanda corrispondono al vero;

2. di aver preso visione del regolamento per l'accesso al servizio di trasporto sociale di Riccione.

Mi impegno altresì a comunicare tempestivamente all'Ufficio Servizi Sociali/Uffici Filo D'Argento qualsiasi variazione dei dati dichiarati al momento della compilazione del presente modulo.

#### INFORMAZIONI UTILI PER IL SERVIZIO

##### a. ABITAZIONE

Il trasportato abita al piano \_\_\_\_\_, pertanto, per raggiungere l'automezzo per il trasporto:

non sono presenti barriere architettoniche

è possibile utilizzare l'ascensore

sono presenti rampe di scale.

Eventuali note \_\_\_\_\_

##### b. CONDIZIONI FISICHE

Il trasportato

non utilizza ausili

utilizza i seguenti ausili: \_\_\_\_\_

(es. bastone trepiedi, carrozzina propria, bombola ossigeno,...)

è necessario un accompagnatore durante il trasporto e le visite/terapie,... (familiare, operatore,...)

non è necessario l'accompagnatore

può essere riconsegnato a casa senza che qualcuno lo accolga

##### c. CAREGIVER FAMILIARE

Il richiedente della presente richiesta è:

- Convivente con la persona assistita che ha bisogno del servizio di trasporto? SI  NO

- L'istante è **caregiver\*** di riferimento del richiedente il servizio? SI  NO

- Se il richiedente non è il Caregiver principale indicarne il nominativo \_\_\_\_\_  
e il grado di parentela o legame \_\_\_\_\_

### DICHIARO ALTRESÌ

di essere a conoscenza e di accettare le condizioni del servizio di cui qui di seguito si richiamano alcuni aspetti:

1. Il servizio si prefigge il solo trasporto di persone con esclusione di qualsiasi altra prestazione che possa configurarsi come intervento di assistenza; esclude inoltre la “prestazione di natura sanitaria”.
2. Il trasporto, compreso il trasbordo dall’abitazione, struttura od altro luogo al veicolo deve avvenire in condizioni di sicurezza per l’utente e per l’operatore; va pertanto assicurata, qualora se ne ravvisi la necessità, la presenza di accompagnatori personali.
3. Il servizio può essere effettuato in modo individuale o collettivo e viene svolto da personale volontario mediante mezzi idonei attrezzati anche per la grave disabilità motoria.
4. L’ufficio competente può disporre la sospensione o la dimissione dal servizio nei seguenti casi:
  - perdita dei requisiti di accesso.
  - sopravvenuta variazione delle condizioni di salute che comportano la necessità di attrezzature e mezzi diversi;
  - mancata consegna ISEE o non tempestiva consegna successivamente all'appuntamento concordato;
  - reiterata inosservanza delle norme di comportamento;

#### Allega alla presente:

- fotocopia della carta di identità
- dichiarazione ISEE in corso di validità o, in alternativa copia ricevuta appuntamento
- verbale invalidità

***Il richiedente con la sottoscrizione della presente domanda***

**DELEGA**

***Auser Volontariato OdV Rimini, con sede in Rimini via Caduti di Marzabotto n. 30, C.F. 91018560408 -  
Iscrizione registro regionale del volontariato n. 156 del 29.01.1993, alla trasmissione del presente atto e  
degli uniti allegati al comune di San Giovanni in Marignano.***

#### INFORMATIVA SULL'USO DEI DATI PERSONALI

**Art. 13 del Regolamento Europeo n. 697/2016 – in materia di protezione dei dati personali.**

*La informiamo che i dati personali richiesti nel presente modulo ed allegati, da lei forniti, saranno trattati unicamente per i procedimenti amministrativi del servizio da lei richiesto (Accompagnamenti Sociali Distretto di Riccione di cui alla determinazione n. 589/SAC del 03.08.2021 del Comune di Misano Adriatico) e per i controlli previsti dalla Legge, sia in forma elettronica che cartacea. Le informazioni fornite potranno essere utilizzate e comunicate ad Enti e/o soggetti pubblici nei limiti previsti da norme di Legge o Regolamenti, o quando ciò risulti necessario per lo svolgimento delle funzioni istituzionali. Una sua eventuale rinuncia al conferimento dei dati, renderebbe impossibile la gestione delle procedure organizzative, amministrative e fiscali del servizio da lei richiesto. I diritti dell'interessato in relazione al trattamento dei dati personali sono quelli indicati dal Regolamento sopra citato.*

**Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_**

Note: A seguito dell'avvenuta iscrizione la prenotazione dovrà avvenire almeno una settimana prima della data di inizio dell'accompagnamento richiesto. La conferma dell'attivazione del servizio avverrà entro le 72 ore successive. Nei casi di urgenza i termini di cui sopra sono ridotti a 3 giorni per la richiesta di attivazione ed a 48 ore per la conferma. In caso di concomitanza di più richieste urgenti nel medesimo giorno e in sedi diverse, si seguirà l'ordine cronologico di prenotazione.