



**SOCIETA' DELLA SALUTE ZONA PISANA**  
Via Saragat, 24 56025 PISA



**DOMANDA PER SERVIZIO TRASPORTO SOCIALE ANNO 2016/2017**

Riservato all'Ufficio che riceve la modulistica:

Data della consegna \_\_\_\_\_ Luogo (Ufficio): \_\_\_\_\_ TIMBRO

**Attenzione: consegnare il modulo compilato tassativamente tra il 26 Aprile al 31 Maggio 2016 presso:**

- l'URP Comune di Pisa, Lungarno Galilei 42, **ORARI:** dal lun al ven 8.30/12.30; mar e gio 15.00/17.00.
- Punto Insieme Pisa Centro, Via Garibaldi, 198, **ORARI:** lun, mart, merc e ven: 9.00/13.00; gio 16.00/18.00; Tel. 050 959859.
- Punto Insieme Litorale (Marina di Pisa): Via F. Andò, 5, **ORARI** mar 15.00/18.00; ven 9.00/13.00. Tel: 050/954682.
- Società della Salute Uff. trasporti, Via Saragat, 24, **ORARI:** giov, 8.30/13.00 **oppure** via pec all'indirizzo: sdspisa@pec.it. Tel. 050 / 954129 - 954014

**PRIMA DOMANDA DI ACCESSO**

**RINNOVO**

**Dati dell'utente per cui si richiede il trasporto (\*):**

<b>COGNOME</b>	<b>NOME</b>
<b>LUOGO E DATA DI NASCITA</b>	
<b>CODICE FISCALE (OBBLIGATORIO)</b>	
<b>INDIRIZZO DI RESIDENZA</b>	<b>COMUNE DI RESIDENZA</b>
<b>TELEFONO</b>	<b>RECAPITO ALTRO FAMILIARE</b>
<b>@MAIL :</b> (l'indirizzo mail è utile per comunicazioni informali con i familiari)	

(\*) per i minori o incapaci la domanda deve essere sottoscritta da uno dei genitori o dal tutore o dal rappresentante legale.

**Il/La sottoscritto/a** \_\_\_\_\_

COGNOME

NOME

CODICE FISCALE: \_\_\_\_\_

**in qualità di**

beneficiario del servizio

altro (specificare se genitore / tutore/rappresentante legale del beneficiario)

\_\_\_\_\_

ai sensi del DPR 445/2000,

**CON LA SOTTOSCRIZIONE DICHIARA**

- di aver preso visione del **Regolamento** vigente e di aver letto con attenzione il presente modulo di richiesta;
- di essere consapevole che l'Amministrazione Pubblica per la determinazione della **quota annuale di compartecipazione al servizio** prenderà in considerazione la situazione reddituale e patrimoniale del nucleo familiare attraverso lo strumento dell'ISEE calcolato con i criteri attualmente in vigore.

- di essere consapevole che nel caso in cui la domanda non sia corredata dell' ISEE valido sarà automaticamente applicata la **quota annua massima pari a € 206,80**.
- di essere consapevole che per la formazione della graduatoria annuale si terrà conto dei criteri stabiliti nell'allegato A del Regolamento in vigore;

## CHIEDE

l'attivazione del servizio di **TRASPORTO SOCIALE** per il beneficiario sopra indicato per la destinazione seguente:

### Parte A)

- SCUOLA DELL' OBBLIGO (fino a 16 anni);**
- SCUOLA SUPERIORE / INSERIMENTI LAVORATIVI:**
- C.D. DISABILI**
- C.D. ANZIANI**
- LAVORO**



e con la seguente articolazione delle **percorse**:

(in "destinazione" specificare il nome della scuola, del Centro Diurno o altro):

**LUNEDI', DESTINAZIONE** \_\_\_\_\_  
(nome del CD/scuola/ lavoro o indirizzo)

DALLE ORE \_\_\_\_\_ ALLE ORE \_\_\_\_\_

ALTRE SPECIFICHE PER IL LUNEDI' \_\_\_\_\_

**MARTEDI', DESTINAZIONE** \_\_\_\_\_  
(nome del CD/scuola/ lavoro o indirizzo)

DALLE ORE \_\_\_\_\_ ALLE ORE \_\_\_\_\_

ALTRE SPECIFICHE PER IL MARTEDI' \_\_\_\_\_

**MERCOLEDI', DESTINAZIONE** \_\_\_\_\_  
(nome del CD/scuola/ lavoro o indirizzo)

DALLE ORE \_\_\_\_\_ ALLE ORE \_\_\_\_\_

ALTRE SPECIFICHE PER IL MERCOLEDI' \_\_\_\_\_

**GIOVEDI', DESTINAZIONE** \_\_\_\_\_  
(nome del CD/scuola/ lavoro o indirizzo)

DALLE ORE \_\_\_\_\_ ALLE ORE \_\_\_\_\_

ALTRE SPECIFICHE PER IL GIOVEDI' \_\_\_\_\_

**VENERDI', DESTINAZIONE** \_\_\_\_\_  
(nome del CD/scuola/ lavoro o indirizzo)

DALLE ORE \_\_\_\_\_ ALLE ORE \_\_\_\_\_

ALTRE SPECIFICHE PER IL VENERDI' \_\_\_\_\_

**SABATO, DESTINAZIONE** \_\_\_\_\_

DALLE ORE \_\_\_\_\_ ALLE ORE 13.00

**Il Sabato il servizio si conclude alle ore 13.00**

**Gli orari richiesti sono indicativi e potranno subire delle modifiche per consentire l'ottimizzazione dei tragitti da percorrere. Gli utenti sono tenuti a farsi trovare pronti al mattino all'orario stabilito ad inizio anno con la Centrale Operativa.**

Inoltre , ai sensi del DPR 445/200 sotto la propria responsabilità,  
**chi sottoscrive DICHIARA quanto segue:**

- che l'utente è disabile in "SITUAZIONE DI GRAVITÀ", riconosciuto ai sensi della Legge 104/92;
- che l'utente ha **un grado di invalidità uguale o superiore al 74%** riconosciuto ai sensi della Legge 118/71;

OPPURE

- che l'utente è dichiarato "**NON IN SITUAZIONE DI GRAVITÀ**", riconosciuto ai sensi della Legge 104/92 o con grado di invalidità inferiore al 74%, riconosciuto ai sensi della Legge 118/71, dichiara di abitare da solo senza alternative di servizi pubblici o di parenti per la propria mobilità (**dati attestati esclusivamente tramite relazione dei Servizi sociali professionali - S.s.p. competenti territorialmente**).

**Parte B) Nello specifico l'utente è affetto da:**

- disabilità fisico motoria;
- disabilità psichica;
- cecità assoluta;
- altre disabilità sensoriali (cieco con residuo visivo; sordomuto, ...)

**Parte C) Particolari condizioni personali e familiari:**

l'utente necessita dell'ausilio della **CARROZZINA**:                      S I                      N O

Uno o entrambi i genitori (**riferito solo agli utenti che per destinazione hanno la scuola dell'obbligo e/o superiore o centri diurni per disabili**) hanno particolari situazioni lavorative, come ad esempio **contratti a tempo determinato, precario, con lavoro organizzato su turni anche notturni, o con sede di lavoro più distante di 15 Km dalla residenza**:

S I                      N O

Se SI, specificare quali: \_\_\_\_\_

- L'utente vive **solo**, oppure con un unico familiare.
- Nello **stesso nucleo familiare anagrafico dell'utente** è presente un'altra persona dichiarata disabile ai sensi della L. 104/92 o L.118/71 (**di cui si allega la documentazione**).
- Entrambi i genitori dell'utente sono ultra 75enni;
- Almeno un familiare del nucleo familiare dell'utente dispone di auto con contrassegno espongibile per disabili:                      S I                      N O
- Se si, il contrassegno espongibile ha il numero \_\_\_\_\_ rilasciato dal Comune di \_\_\_\_\_

- Il **nucleo familiare ANAGRAFICO dell'utente** è composto complessivamente da N.° \_\_\_\_\_ di persone (su questo punto l'Ufficio potrà richiedere ulteriori informazioni).

### **Ai fini della presa in carico della domanda, si ALLEGA (\*):**

• COPIA dell'attestazione del calcolo ISEE standard/ordinario del nucleo familiare effettuato con i criteri attualmente in vigore (è sufficiente allegare la sola copia della pagina riassuntiva con il calcolo della fascia ISEE). **Coloro che non sono in possesso del nuovo ISEE devono comunque consegnare la domanda entro i termini stabiliti, e provvedere ad integrarla successivamente.**

- Si ricorda che gli utenti frequentanti la scuola (di ogni ordine e grado) sono esonerati dal pagamento della quota annuale;
- Si ricorda che il pagamento della quota di compartecipazione va **effettuato entro il 31 OTTOBRE 2016**.
- nel caso che sia la prima volta che si richiede il servizio, la COPIA della certificazione comprovante la disabilità dichiarata del richiedente, riconosciuta ai sensi della **Legge 104/92 e/o della Legge 118/71**;
- nel caso che si sia dichiarato che nello stesso nucleo familiare anagrafico dell'utente è presente **un'altra persona dichiarata disabile ai sensi della L. 104/92 o L.118/71**, COPIA della relativa documentazione;
- nel caso di richiesta da parte di coloro che hanno una disabilità conclamata in base alle Leggi 104/92 e 118/71 **inferiore al 74 %, allegare la valutazione dell'Assistente sociale.**

### **SOTTOSCRIZIONE DELL'ISTANZA E INFORMATIVA SULLA PRIVACY**

Gentile utente, l'Azienda USL 5 di Pisa, le rilascia queste sintetiche informazioni in merito al trattamento dei suoi dati personali e sensibili in osservanza a quanto previsto all'art. 13 del D. Lgs. 196/03 'Codice Privacy'. L'Azienda Sanitaria, Titolare del trattamento comunica che:

- i dati personali che Lei trasmetterà a questa Azienda saranno utilizzati al fine di procedere alla definizione dei procedimenti amministrativi da Lei richiesti a questo Servizio Sociale e/o attualmente in corso e dei controlli previsti dalla legge,

- le informazioni forniteci potranno essere utilizzate e comunicate ad Enti e/o altri soggetti se previsto da norme di Legge.

La informiamo che questa Azienda ha adottato un Regolamento interno per l'applicazione della normativa sulla privacy ed ha provveduto a individuare i Responsabili e gli Incaricati del trattamento dei dati. Si comunica inoltre, che in conformità con l'art. 7 del 'Codice Privacy' per avere maggiori informazioni sull'uso dei suoi dati può rivolgersi:

- al Responsabile del trattamento dei dati; all'Ufficio Privacy chiamando al numero 0587-273607 o inoltrare una e-mail a [ufficioprivacy@usl5.toscana.it](mailto:ufficioprivacy@usl5.toscana.it).

**Firma dell'utente richiedente (\*)  
o del genitore/tutore/ rappresentante legale**

(\*) per i minori o incapaci la domanda deve essere sottoscritta da uno dei genitori o dal tutore o dal rappresentante legale.