

ALLEGATO A

**All'Ufficio Servizi Sociali
del Comune di Santa Maria la Carità**

OGGETTO: Servizio trasporto in favore di persone con disabilità grave residenti nel Comune di Santa Maria la Carità per raggiungimento delle strutture riabilitative e/o diurne socio-sanitarie

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
_____, prov. _____ il _____
_____ e residente a Santa Maria la Carità in Via _____
_____ n. _____ codice
fiscale _____
Tel. _____

CHIEDE

(barrare la voce che interessa)

Per sé
 in qualità di genitore persona esercente la responsabilità genitoriale del
minore _____
nato/a a _____, prov. _____ il _____ e
residente a Santa Maria la Carità in Via _____
n. _____ codice fiscale _____

L'attivazione del servizio di trasporto in favore di persone con disabilità grave residenti nel Comune di Santa Maria la Carità per raggiungimento delle strutture riabilitative e/o diurne socio-sanitarie, per la summenzionata persona.

A tal fine, consapevole delle conseguenze amministrative e penali derivanti dal rilasciare dichiarazioni false o mendaci, non corrispondenti a verità, nonché della possibilità di controlli diretti ad accertare le informazioni fornite e che la non veridicità delle dichiarazioni comporterà la decadenza del beneficio, ai sensi del D.P.R. 445/2000 artt. 3, 46, 47, 76

DICHIARA

Che il beneficiario

- è residente nel Comune di Santa Maria la Carità;
- Frequenta il centro riabilitativo/centro diurno socio-sanitario in _____ sito in _____ alla via _____ n. _____ per n. giorni a settimana _____ ovvero _____ dalle ore _____ alle ore _____;
- è riconosciuto, ai sensi della legge vigente, diversamente abile, con certificato di invalidità ex art. 3, comma 3, della L. 104/1992, rilasciato dalla competente Azienda Sanitaria Locale in data _____;
- di essere in possesso di un ISEE in corso di validità pari ad € _____;
- di effettuare la richiesta in osservanza delle disposizioni sulle responsabilità genitoriali di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori, (laddove il beneficiario sia un minorenni)

Dichiara, inoltre, di possedere i seguenti parametri
(barrare la voce corrispondente)

| PARAMETRO D'ACCESSO | PESO |
|---|---|
| Presenza di minori di età | <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Da 0-3 anni: 10 punti per ciascun minore<input type="radio"/> Da 4-10 anni: 7 punti per ciascun minore<input type="radio"/> Da 11-15: 4 punti per ciascun minore<input type="radio"/> Da 16-18 anni: 1 punto |
| Presenza di altre persone con invalidità certificata all'interno del nucleo e/o art. 3 c. 3 lg 104/92 | <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Dal 66%al 74%: 2 punti<input type="radio"/> Dal 75% al 99% : 3 punti<input type="radio"/> 100%: 4 punti<input type="radio"/> 100%+ indennità accomp.: 5 punti<input type="radio"/> art. 3 c. 3 lg 104/92: 5 punti |
| Nucleo monogenitoriale | <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> 2 punti |
| ISEE 2026 | <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Da € 0,00 a € 1.500,00: 1 punto<input type="radio"/> Da € 1.500,01 a € 3.000: 2 punti<input type="radio"/> Da € 3.000,01 a € 7.000: 3 punti<input type="radio"/> Da € 7.000,01 a € 12.826,73: 4 punti Oltre : _____ |

Si allegano alla presente, la seguente documentazione:

- certificazione disabilità della persona di cui all'art. 3, comma 3, della Legge 104/92;
- copia del documento di identità in corso di validità del richiedente;
- attestazione ISEE in corso di validità del nucleo familiare (con scadenza al 31 dicembre 2026);

Data _____

Firma _____

Il/La sottoscritto/a autorizza l'Ente in indirizzo al trattamento dei dati rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di richiesta in oggetto, ai sensi del D.Lgs.196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive integrazioni.

Data _____

Firma _____