

**OGGETTO: RICHIESTA SERVIZIO TRASPORTO PER PERSONE CON DISABILITÀ**

Il/La sottoscritto/a (1) \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
Il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_ Via/P.zza \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Nella qualità di:

- Familiare
- Altro (tutore, amministratore di sostegno, etc.)

Del/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

- Deambulante
- Non deambulante
- Deambulante con ausilio

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_  
Via/P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Di poter usufruire del servizio “Trasporto per persone con disabilità”.

Il/La sottoscritto/a è consapevole che la presentazione dell'istanza non costituisce titolo o diritto all'erogazione di quanto richiesto.

**A TAL FINE DICHIARA**

- Di impegnarsi a comunicare entro 10 giorni ogni variazione dei requisiti che danno titolo al percepimento del presente servizio;
- Che le dichiarazioni riportate sono rese ai sensi del D.P.R. n° 445/2000;
- Di essere a conoscenza delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del sopracitato D.P.R. 445/2000;
- Di autorizzare L'Azienda Speciale Messina Social City al trattamento dei dati personali e sensibili necessari per lo svolgimento del provvedimento ai sensi della L. 675/96 e ss.mm.ii.. Autorizza altresì, ove necessario, l'informazione e l'eventuale coinvolgimento dei soggetti obbligati.

**Allegati:**

- Doc. di identità;
- Certificato attestante la disabilità;
- Certificato del centro di riferimento con indicazione dei giorni e degli orari della terapia.

Messina il \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

(1) La domanda, nell'interesse di chi si trovi in una situazione di impedimento temporaneo per ragioni di salute o, di impedimento a firmare (per analfabetismo o impedimento fisico) può essere resa dal coniuge o, in sua assenza, dai figli o, in mancanza di questi, da un parente fino al terzo grado.