



Comune di Ginosa

**DOMANDA PER L'ATTIVAZIONE DEL
SERVIZIO DI TRASPORTO SOCIALE ASSISTITO
PER PAZIENTI ONCOLOGICI**

Il/La sottoscritto/a
nato/a a, Prov. il/...../.....,
Residente a....., in vian.,
Tel./Cell....., C.F.....

CHIEDE

(barrare un'opzione)

- per sé stesso,
 in qualità di genitore/tutore/rappresentante di
nato/a ila.....
Residente in..... alla via
C.F.

di poter usufruire del servizio gratuito di trasporto sociale assistito per sottoporsi a radioterapie, chemioterapie, visite legate alle terapie, eventuali interventi e terapie riabilitative (come fisioterapia e linfodrenaggio);

1) presso la struttura sanitaria pubblica ubicata a:

- Taranto e provincia (indicare nome ed indirizzo del presidio ospedaliero)
.....

- Bari e provincia (indicare nome ed indirizzo del presidio ospedaliero)
.....

2) con l'utilizzo del seguente mezzo: auto pulmino attrezzato con pedana sollevatrice ambulanza

3) **OCCASIONALE** per il giorno..... Andata Ritorno Andata e Ritorno,

Indirizzo di partenza:.....

Orario di partenza:.....,

Orario di ritorno:.....;

CONTINUATIVO a partire dal giorno..... fino al giorno.....,
per un numero di..... trasporti (a/r), con cadenza *settimanale* *ogni ventuno giorni*
il

LUN	MART	MERC	GIOV	VEN
-----	------	------	------	-----

Indirizzo di partenza:.....

Orario di partenza:.....,

Orario di ritorno:.....

A tal fine dichiara, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D. Lgs. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 per chiunque rilasci dichiarazioni mendaci, formi atti falsi o ne faccia uso, **di rientrare nella seguente categoria:**

a) (barrare una SOLA opzione)

- persona disabile sola;
- persona disabile con un solo familiare referente;
- persona disabile con solo familiari anziani e/o non automuniti;
- persona disabile con familiari impossibilitati al trasporto;
- persona disabile impossibilitata a salire in auto;

b) (barrare una SOLA opzione)

- che **necessita** di accompagnamento per gli spostamenti dal mezzo a destinazione (e viceversa) e di assistenza durante il trasporto;
- che **non necessita** né di accompagnamento per gli spostamenti dal mezzo a destinazione (e viceversa), né di assistenza durante il trasporto.

Ove ammesso al beneficio, si impegna a:

- ❖ Comunicare qualsiasi variazione riguardante la terapia effettuata (data, ora, luogo, eventuale sospensione...)
 - almeno 3 giorni prima,
 - entro le ore 8:00 del giorno stesso **solo per gravi motivi opportunamente certificati**;
- ❖ rispettare l'orario di trasporto stabilito, sulla base delle esigenze del servizio stesso e di quelle dell'utente, dal Referente incaricato del servizio.

Si allega:

1. certificazione di invalidità,
2. certificato del medico di famiglia (o oncologo) con l'indicazione della durata e del tipo di terapia prescritta per la malattia oncologica,
3. fotocopia del documento d'identità in corso di validità,
4. fotocopia del Codice Fiscale.

Data

FIRMA

Si autorizza altresì il trattamento dei propri dati che si svolgerà nel rispetto del Regolamento Europeo Privacy UE/2016/679 c.d GDPR e del Decreto Legislativo n.196/2003 e s.m.i.

Data

FIRMA
