



ASL Bari

PugliaSalute

## DISTRETTO SOCIO-SANITARIO di BARI

Sede: via Federico Vecchio, 3 70124 Bari - Tel. 080.584.2048 - 4657 - 2701  
Mail: dss.bari@asl.bari.it - PEC: distrettobari.aslbari@pec.rupar.puglia.it



COMUNE DI BARI

**Al Direttore del Distretto Socio-sanitario di Bari**  
**Al Dirigente della Ripartizione Servizi alla Persona/Municipio**

**OGGETTO: Richiesta servizio di trasporto presso strutture socio-riabilitative in favore di persone disabili**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_, provincia di \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_  
in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
tel./cell. \_\_\_\_\_  
indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

**in qualità di persona interessata/esercente la potestà genitoriale/rappresentante legale** (cancellare le voci che non interessano) del Sig./Sig.ra/minore \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ provincia di \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_  
in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
tel./cell. \_\_\_\_\_ indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

### CHIEDE

- di poter usufruire del servizio di trasporto riservato alle persone disabili;
- che il suddetto disabile usufruisca del servizio di trasporto riservato alle persone disabili.

A tal fine, consapevole:

- delle responsabilità penali derivanti da falsità in atti e dichiarazioni mendaci ai sensi degli artt. 71, 75 e 76 del DPR 445/2000;
- che potranno essere eseguiti controlli diretti ad accertare le informazioni fornite;
- che la non veridicità delle dichiarazioni rese comporta la decadenza del beneficio;

## D I C H I A R A

(Art. 46 e 47 – D.P.R. 28.12.2000, n.445)

- che il destinatario del servizio frequenta/frequenterà la struttura/e a carattere socio-riabilitativo \_\_\_\_\_ ubicata/e in \_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_, per un numero di sedute pari a \_\_\_\_\_ e una frequenza settimanale pari a \_\_\_\_\_, come da piano riabilitativo;
- che i giorni della settimana e gli orari di frequenza saranno definiti prima dell'inizio del trattamento;
- che la sede da raggiungere non dista più di 20 Km dall'abitazione del destinatario del servizio;
- che la famiglia, convivente con il destinatario del servizio, è così composta:

N.	COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	PARENTELA	ATTIVITA' LAVORATIVA

**A) AI FINI DELL'AMMISSIONE AL SERVIZIO DICHIARA CHE IL DESTINATARIO DELLA DOMANDA E':**

- 1. PORTATORE DI HANDICAP IN SITUAZIONE DI GRAVITA' AI SENSI DELL'ART. 3, CO. 3, L. 104/92;**
- 2. IMPOSSIBILITATO AD EFFETTUARE AUTONOMAMENTE IL TRASPORTO PER LE MOTIVAZIONI DI SEGUITO RIPORTATE (contrassegnare le voci che interessano):**

- il nucleo familiare del destinatario del servizio è composto da soli anziani e/o disabili;
  - il destinatario del servizio fa parte di un nucleo monogenitoriale;
  - all'interno della famiglia del destinatario del servizio vi è un solo adulto con gravi problemi di salute;
  - all'interno della famiglia del destinatario del servizio vi è un solo adulto privo di un mezzo di trasporto;
  - il nucleo familiare del destinatario del servizio è composto dallo stesso e da soli adulti lavoratori;
  - il destinatario del servizio si trova in una condizione di difficoltà nell'aiuto parentale analoga alle voci precedenti (indicare dettagliatamente quale): \_\_\_\_\_
- altra motivazione: \_\_\_\_\_

**B) SI IMPEGNA NEL CASO DI AMMISSIONE DEL DESTINATARIO DELLA DOMANDA AL SERVIZIO:**

- a rispettare gli orari previsti per il trasporto;
- a comunicare tempestivamente alla Ditta ogni variazione legata ad eventi impreveduti sopravvenuti (ad esempio malattia del richiedente);
- a comunicare in tempo utile con nota scritta alla PUA eventuali variazioni sostanziali intervenute successivamente all'avvio del servizio (ad esempio: cambio di domicilio, giornate e/o orari delle destinazioni) e qualunque evento sopravvenuto tale da incidere sull'organizzazione dello stesso;
- a comunicare tempestivamente all'Amministrazione comunale eventuali variazioni delle condizioni reddituali risultanti dall'attestazione Isee.

Dichiara che la/le persona/e autorizzata/e ad accogliere il destinatario del servizio al termine dello stesso, oltre al sottoscritto, è/sono (indicare cognome e nome):

---

---

**C) DICHIARA DI ESSERE CONSAPEVOLE CHE:**

- la reiterata inosservanza di quanto sopra indicato comporterà la dimissione dal servizio;
- il Comune di Bari esprimerà apposito parere circa la presente istanza, ai fini dell'eventuale ammissione al servizio;
- l'Amministrazione potrà, in qualunque momento, accertare la veridicità di quanto dichiarato nella presente istanza, ai sensi del DPR 445/2000 art.71.

**D) ALLEGA ALLA PRESENTE ISTANZA LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:**

- *attestazione di handicap con connotazione di gravità, ai sensi dell'art. 3, co. 3, l. 104/92, in corso di validità;*
- *programma riabilitativo individuale, con indicazione della patologia, della durata del trattamento e della modalità di erogazione (continuativa e ciclica);*
- *attestazione ISEE socio-sanitario non residenziale (DPCM 159/2013) in corso di validità;*
- *copia fotostatica del documento di riconoscimento e della tessera sanitaria del richiedente il servizio ovvero del firmatario dell'istanza;*
- *altra documentazione probatoria comprovante quanto dichiarato nella presente domanda, quale: \_\_\_\_\_.*

Ai fini della formazione di un'eventuale graduatoria e dell'assegnazione del relativo punteggio, dichiara altresì che il destinatario della presente domanda:

- è disabile solo (senza figure parentali di riferimento);
- fa parte di un nucleo familiare con più soggetti disabili;
- è non deambulante;
- vive in un contesto familiare multiproblematico, per una delle motivazioni di seguito riportate:
  - disoccupazione;
  - misure limitative libertà personale;
  - dipendenze da alcool, gioco, sostanze;
  - maltrattamenti o violenza domestica.

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

**Informativa privacy:**

Il/La sottoscritto/a **autorizza** gli Enti in indirizzo al trattamento dei dati rilasciati esclusivamente per le finalità di cui alla presente istanza, ai sensi del GDPR 2016/679.

**Dichiara** di aver preso visione del Disciplinare del Servizio adottato dal Comune di Bari con deliberazioni di G.C. nn. 851 del 15.12.2016 e 533 del 01.08.2017, rettificato con D.G.C. n. 871 del 21.12.2021 e di impegnarsi a rispettarlo.

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

Ai sensi dell'art. 5 della legge 11 Maggio 1971 n. 390, la dichiarazione di chi non sa o non può firmare deve essere sottoscritta, in presenza del dichiarante, da due testimoni idonei:

1° testimone: \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_  
alla Via \_\_\_\_\_  
n. documento \_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_\_\_  
da \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

2° testimone: \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_  
alla Via \_\_\_\_\_  
n. documento \_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_\_\_  
da \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_