



Comune di  
**Monteleone di Spoleto**  
Provincia di Perugia

Corso Vittorio Emanuele II, n. 18 / 06045 Monteleone di Spoleto (PG)  
e-mail: comune.monteleonedispoleto@postacert.umbria.it  
Tel. 0743.70421 / Fax. 0743.70422

## SERVIZIO DI TRASPORTO "NAVETTA AMICA" IN AMBITO SOCIO-ASSISTENZIALE

<b>Il sottoscritto richiedente</b>				
Cognome		Nome	Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso (M/F)	Cittadinanza	Luogo di nascita	
<b>Residenza</b>				
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	CAP
Telefono	Fax	E-mail		

☐ In nome e per conto (grado di parentela \_\_\_\_\_):

<b>del/la sig./ra</b>				
Cognome		Nome	Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso (M/F)	Cittadinanza	Luogo di nascita	
<b>Residenza</b>				
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	CAP
Telefono	Fax	E-mail		

☐ In qualità di genitore/affidatario di:

<input checked="" type="checkbox"/> <b>generalità del minore utilizzatore del servizio (1° figlio/a):</b>				
Cognome		Nome	Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso (M/F)	Cittadinanza	Luogo di nascita	

<input type="checkbox"/> <b>generalità del minore utilizzatore del servizio (2° figlio/a):</b>				
Cognome		Nome	Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso (M/F)	Cittadinanza	Luogo di nascita	

<input type="checkbox"/> <b>generalità del minore utilizzatore del servizio (3° figlio/a):</b>			
Cognome		Nome	Codice Fiscale
Data di nascita	Sesso (M/F)	Cittadinanza	Luogo di nascita

## CHIEDE

**di poter usufruire del Servizio di “Navetta Amica” istituito dal Comune di Monteleone di Spoleto per i prossimi 12 mesi, per facilitare:**

☐ il **trasporto continuativo** (cadenza periodica e programmabile di lungo periodo) con la seguente programmazione: \_\_\_\_\_

☐ il **trasporto saltuario** (accompagnamento occasionale) con la seguente programmazione: \_\_\_\_\_

**per la seguente tipologia di trasporto socio-assistenziale:**

- ☐ *accompagnamento individuale a visite mediche o specialistiche;*  
indirizzo di destinazione: \_\_\_\_\_
- ☐ *accompagnamento per esami clinici;*  
indirizzo di destinazione: \_\_\_\_\_
- ☐ *accompagnamento a cicli di cure legate alla patologia;*  
indirizzo di destinazione: \_\_\_\_\_
- ☐ *accompagnamenti a centri diurni, sociali, sanitari, riabilitativi;*  
indirizzo di destinazione: \_\_\_\_\_
- ☐ *accompagnamento per disbrigo di pratiche burocratiche o commissioni, (in subordine ai casi sopra elencati o secondo calendario prestabilito);*  
indirizzo di destinazione: \_\_\_\_\_
- ☐ *accompagnamento ad attività di socializzazione e partecipazione alla vita pubblica dalle frazioni al capoluogo;*  
indirizzo di destinazione: \_\_\_\_\_
- ☐ *accompagnamento dei minori in occasione di eventi sociali e culturali*  
indirizzo di destinazione: \_\_\_\_\_

**comunica di seguito, al fine di individuare il luogo di fermata, il proprio indirizzo:**

\_\_\_\_\_.

**poiché il beneficiario del servizio si trova nelle seguenti condizioni:**

- ☐ portatori di handicap (certificato ai sensi della Legge n. 104/1992) ed invalidi civili (invalidità certificata uguale o superiore al 74%), in grado di essere trasportati senza l'ausilio di personale assistenziale, medico e/o infermieristico o di dispositivi ausiliari di deambulazione (es. sedie a rotelle, deambulatori a rotelle, ecc...);
- ☐ cittadini di età superiore ai 65 anni;
- ☐ persone con ridotta capacità motoria o sensoriale (documentata da certificato medico);

- ☐ minori (accompagnati da un tutore legale o comunque con delega ad altri Soggetti o con autorizzazione a viaggiare in autonomia per la percorrenza del viaggio e la discesa dal mezzo) nel rispetto delle norme vigenti sul trasporto dei bambini sui veicoli, regolato dall'art. 172 del Codice della Strada che prevede che i passeggeri di età inferiore ai 12 anni e di altezza inferiore a 1,50m siano agganciati ad un sistema di ritenuta omologato, adatto al loro peso e alla loro statura;
- ☐ soggetti a rischio di emarginazione.

**SI RICORDA CHE IN RIFERIMENTO ALL'APPOSITO REGOLAMENTO CHE ISTITUISCE IL SERVIZIO:**

- **I beneficiari sono i residenti in Monteleone di Spoleto che necessitano di raggiungere prevalentemente le strutture di interesse economico, assistenziali e sanitarie e che si trovano in condizione di bisogno e non siano in grado di provvedere autonomamente al trasporto per mancanza di mezzi propri, mancanza/grave impossibilità di familiari, impossibilità di utilizzare mezzi pubblici;**
- **Il servizio non potrà essere effettuato, di norma, per le persone cui almeno un componente del proprio nucleo familiare (o un genitore o figlio, anche non convivente, residente a Monteleone di Spoleto) sia in possesso di patente di guida, adeguato mezzo di trasporto e senza impegni lavorativi;**

A tal proposito, **DICHIARA**

ai sensi dell'Art. 47 DPR 445/2000 e consapevole delle conseguenze previste per dichiarazioni mendaci

- di aver preso visione delle norme relative al servizio in argomento, che ha ricevuto in copia unitamente al presente modulo, e di accettarne tutte le disposizioni;
- di essere a conoscenza che il Comune non assume responsabilità per danni occorsi al minore prima della salita sullo scuolabus e dopo la discesa dal medesimo;
- di allegare copia di un documento d'identità in corso di validità del dichiarante

☐

**IN CASO DI MINORI - DI NON** AUTORIZZARE LA DISCESA AUTONOMA ma di impegnarsi a provvedere alla presa in consegna del figlio al momento della sua discesa personalmente o tramite persona di fiducia.

A tal fine sotto la piena responsabilità, per i seguenti minori:

Nome e cognome (1° figlio) \_\_\_\_\_

Nome e cognome (2° figlio) \_\_\_\_\_

Nome e cognome (3° figlio) \_\_\_\_\_

dichiara di seguito le persone maggiorenni incaricate al ritiro del minore:

Nome e Cognome \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Nome e Cognome \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Nome e Cognome \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_



**IN CASO DI MINORI - DI AUTORIZZARE LA DISCESA /SALITA AUTONOMA** ai sensi dell'art. 19 bis del Decreto-legge 16 ottobre 2017, n. 148 convertito in legge 4 dicembre 2017, n.172.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ autorizza il/la/i proprio/a/i figlio/a/i:

Nome e cognome (1° figlio) \_\_\_\_\_

Nome e cognome (2° figlio) \_\_\_\_\_

Nome e cognome (3° figlio) \_\_\_\_\_

a scendere dal bus anche in assenza di persona incaricata al ritiro, sollevando il gestore del servizio e il Comune di Monteleone di Spoleto da ogni responsabilità per tutto quanto dovesse verificarsi successivamente al rilascio del minore alla fermata stabilita e prima della salita del minore sullo scuolabus, e a tal fine.

**DICHIARA (IN CASO DI MINORI)**

- che il proprio/a/i figlio/a/i è/sono dotato/a/i dell'adeguata maturità psico-fisico per un rientro autonomo in sicurezza dalla fermata del bus richiesta a casa;
- che il minore conosce il percorso autonomamente e senza accompagnatori dalla fermata del bus richiesta a casa e che il minore è in grado di raggiungere e salire autonomamente sul bus;

**IL/la sottoscritto/a dichiara di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (Privacy) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.**

Luogo e data \_\_\_\_\_

firma del richiedente \_\_\_\_\_

Oppure, nel caso di richiesta per minori:

firma del richiedente, genitore/affidatario (1) \_\_\_\_\_

genitore/affidatario (2) \_\_\_\_\_

**Allegare copia di un documento di riconoscimento del richiedente (in corso di validità)**