



Comune di
Monteleone di Spoleto
 Provincia di Perugia

CORSO VITTORIO EMANUELE II, n. 18 / 06045 Monteleone di Spoleto (PG)
 e-mail: comune.monteleonedispoletto@postacert.umbria.it
 Tel. 0743.70421 / Fax. 0743.70422

**SERVIZIO DI TRASPORTO “NAVETTA AMICA”
 IN AMBITO SOCIO-ASSISTENZIALE**

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

In nome e per conto (grado di parentela _____):

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

In qualità di genitore/affidatario di:

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

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

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

C H I E D E

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 ISTITUSCE 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 maggiorenne 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)