

Al Comune di Mentana
Settore II – Servizi alla Persona
via tre novembre, n. 25
00013 **MENTANA**

pec: protocollo@pec.comune.mentana.rm.it

Email protocollo@mentana.gov.it

OGGETTO: richiesta accreditamento per l'utilizzo del servizio trasporto diversamente abili così detto "MENTANA AUTO AMICA".

Il/La sottoscritto/a _____,
nato/a il _____, a _____, residente in
via/piazza _____, n. _____, tel. _____
email _____ in qualità di _____,
del/la sig./sig.ra _____ nato/a a
_____, il _____, residente in Mentana, via/piazza
_____, n. _____

con la presente chiede

() per se stesso/a;

() per il/la sig./sig.ra _____, sopra indicato/a;

di poter usufruire del servizio trasporto previsto dal progetto "Mentana Auto Amica".

A tal fine allega:

certificazione dell'handicap con specificazione della situazione di gravità di cui all'art.3, comma 3°, della Legge 5 febbraio 1992, n. 104;

certificazione dell'handicap – senza specificazione della situazione di gravità di cui all'art. 3, comma 3°, della Legge 5 febbraio 1992, n. 104, - attestante la difficoltà di deambulazione, unitamente al riconoscimento del diritto dell'indennità di accompagnamento di cui alla Legge 11 febbraio 1980, n.18;

verbale di accertamento dell'invalidità civile, rilasciato ai sensi della Legge 30 marzo 1971, n. 118 e s.m.i., attestante un grado di invalidità civile non inferiore al 74%;

documentazione attestante la presa in carico da parte del Servizio per la Tutela della Salute Mentale e Riabilitazione in Età Evolutiva (TSMREE) o certificato del Medico Legale della ASL;

certificato medico attestante la ridotta capacità di deambulazione e la relazione del Servizio Sociale se il/la persona da trasportare rientra nella sola categoria over 65;

copia del/dei documento/i d'identità.

Dichiara inoltre di essere a conoscenza della deliberazione di Giunta Municipale n. 228 del 28 novembre 2019, con la quale è stato stabilito, rapportato al percorso, l'ammontare del contributo economico, che gli utenti dovranno versare per poter usufruire del servizio trasporto in oggetto, si impegna al pagamento del contributo previsto nel citato atto e di seguito specificato:

- €. 7,50 per trasporto nel territorio del Distretto RM5.1 (comuni di Mentana, Monterotondo e Fontenuova);
- €. 15,00 trasporti per destinazioni ubicate entro i 25 chilometri da Mentana;
- €. 25,00 trasporti per destinazioni, oltre i 25 chilometri da Mentana, ubicate nel territorio della Provincia di Roma;
- €. 0,20 al chilometro (in aggiunta agli €. 25,00) per le distanze ulteriori rispetto ai confini della Provincia di Roma;

e che questo servizio trasporto è richiedibile solo per visite mediche; terapie; disbrigo pratiche; commissioni amministrative.

Si impegna, inoltre a rispettare quanto disposto dal Regolamento "Utilizzo autoveicolo per trasporto disabili", approvato con deliberazione di Consiglio Municipale n. 15 del 03 maggio 2016.

Autorizza il Comune di Mentana ad inviare tutte le comunicazioni presso l'indirizzo di posta elettronica indicato nel presente modulo e si impegna a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione del domicilio dichiarato.

Acconsente, ai sensi delle disposizioni previste dal Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n.196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e delle successive modifiche e/o integrazioni, compreso il Regolamento dell'Unione Europea per la protezione dei dati personali, 27 aprile 2016, n- 679, al trattamento dei propri dati personali da parte del Comune di Mentana, in quanto Titolare.

Mentana, li _____

FIRMA
