COMUNE DI VALGUARNERA CAROPEPE

SERVIZIO DI TRASPORTO DISABILI PRESSO I CENTRI DI RIABILITAZIONE - ANNO 2024

IL RESPONSABILE DEL SETTORE POLITICHE SOCIALI E CULTURALI

AVVISA

CHE E' DISPONIBILE PRESSO L'UFFICIO SOLIDARIETA' SOCIALE E PRESSO LA SEZIONE "MODULISTICA" DEL SITO ISTITUZIONALE DELL'ENTE **WWW.COMUNE.VALGUARNERA.EN.IT** IL MODELLO PER RICHIEDERE IL SERVIZIO INERENTE IL TRASPORTO DISABILI PRESSO I CENTRI DI RIABILITAZIONE, RIVOLTO ALLE PERSONE AFFETTE DA DISABILITÀ GRAVE (L. 104/92 art. 3, comma 3), IMPOSSIBILITATE ALL'UTILIZZO DEI MEZZI PUBBLICI DI TRASPORTO E CHE NECESSITANO DI ASSISTENZA NEL TRASPORTO PER RECARSI PRESSO LE STRUTTURE SANITARIE.

L'ISTANZA PER RICHIEDERE IL SERVIZIO VA PRESENTATA PER L'INTERO ANNO DI RIFERIMENTO, CONTESTUALMENTE CON L'ACQUISIZIONE DELL'AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO RIABILITATIVO RILASCIATA DALL'ASP DI ENNA E COMUNQUE ENTRO E NON OLTRE I PRIMI 15 GIORNI DEL MESE DI GENNAIO, AL FINE DI CONSENTIRE L'ORGANIZZAZIONE E L'AVVIO DEL SERVIZIO NEL PIU' BREVE TEMPO POSSIBILE.

PER I DISABILI AUTORIZZATI PER LA PRIMA VOLTA ALLE CURE RIABILITATIVE LA DOMANDA DI ACCESSO AL SERVIZIO PUO' ESSERE PRESENTATA IN RELAZIONE ALLA DATA DI RILASCIO DELL'AUTORIZZAZIONE.

COMUNE DI VALGUARNERA

IL RESPONSABILE DEL SETTORE
POLITICHE SOCIALI E CULTURALI
Dott.ssa Santina Amatore

AL SINDACO
DEL COMUNE DI VALGUARNERA CAROPEPE

OGGETTO: Servizio di trasporto diversabili presso i centri di riabilitazione – ANNO 2024

Il sottoscritto _____

nato a _____ il _____ C.F: _____

residente a Valguarnera alla via _____ n. ____ tel: _____

CHIEDE

☐ **Per sé stesso**, in qualità di portatore di handicap certificato ai sensi dell'art. 3, comma 3, L. 104/92

☐ **Per** _____ nato a _____ il _____
portatore di handicap certificato ai sensi dell'art. 3, comma 3, L. 104/92, nella qualità di:
- ☐ Genitore
- ☐ Fratello/sorella
- ☐ Coniuge/convivente
- ☐ Amministratore di sostegno/tutore

Il servizio di trasporto ai fini riabilitativi presso il Centro di Riabilitazione _____

di _____ nei giorni di _____

Con la presente si impegna a rispettare gli orari previsti per il trasporto e di comunicare tempestivamente al Comune ogni variazione che si rende necessaria per eventi imprevisti sopravvenuti.

Gli utenti o i loro familiari devono inoltre indicare (barrando la casella che interessa):

☐ Il nominativo di uno o più referenti autorizzati ad accogliere l'utente trasportato al termine del servizio:

_____

☐ L'eventuale autorizzazione a lasciare l'utente solo a casa al termine del servizio:

_____

Allega alla presente la seguente documentazione:

1) Copia dell'autorizzazione al trattamento riabilitativo per l'anno 2024, rilasciata dall'ASP di Enna, impegnandosi a trasmettere ogni ulteriore rinnovo e/o variazione;
2) Modalità di realizzazione del Programma Individuale di Riabilitazione (date e orari per le terapie);
3) Copia del certificato di invalidità civile e copia del verbale L. 104/92;
4) Copia del documento d'identità del richiedente e dell'assistito

DICHIARA di essere consapevole che qualunque successiva variazione aggiuntiva al numero di trattamenti dichiarati con la presente può essere accolta nei limiti della disponibilità finanziaria dell'Ente e previa tempestiva comunicazione agli uffici preposti.

Valguarnera Caropepe, lì _____

FIRMA

_____