

**Al Signor Sindaco del  
Comune di FLORIDIA**

**All'Ufficio Servizi Sociali**

**RICHIESTA DI ACCESSO AL SERVIZIO DI TRASPORTO SOCIALE  
ANNO 2025**

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Tel./Cell. \_\_\_\_\_  
**in nome e per conto** di \_\_\_\_\_ grado di parentela \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a Floridia in Via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_, Tel./Cell. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di poter usufruire del trasporto gratuito con  **autovettura**  **ambulanza** per effettuare \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**A tal fine dichiara**, ai sensi degli art. 46 e 47 D.P.R. 28/12/2000, n.445 e s.m.i., consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 per chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso, **di essere privo di rete familiare e/o impossibilitato con mezzi propri a raggiungere**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**dichiara**, altresì, di rientrare nella seguente categoria:

- Anziano non autosufficiente;
- disabile grave;
- persona sottoposta a terapia oncologica;
- persona segnalata dal Servizio Sociale;

**ALLEGA** alla presente domanda:

- Certificazione attestante la sussistenza dell'handicap ai sensi dell'art. 3 C. 3 della L. 104/1992;
- Certificazione medica;
- Attestazione ISEE in corso di validità non superiore ad € **10.000,00**;
- Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità del richiedente e della persona che deve usufruire del trasporto sociale;

**FIRMA**  
\_\_\_\_\_

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Si *autorizza* al trattamento dei dati personali nel rispetto della disciplina dettata dal D.Lgs n. 196/2003 e del Regolamento n. 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio esclusivamente per le finalità di cui alla presente domanda.

Floridia, lì \_\_\_\_\_

**FIRMA**  
\_\_\_\_\_