

OGGETTO: SERVIZIO DI TRASPORTO SOCIALE AL DI FUORI DEL TERRITORIO DEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO DI LECCE. MANIFESTAZIONE DI INTERESSE.

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____

residente a _____ in via _____

codice fiscale _____ telefono _____

e-mail _____ PEC _____

in qualità di:

- Diretto interessato
- Genitore della persona con disabilità: _____
- Amministratore di sostegno/curatore/tutore della persona con disabilità:

MANIFESTA INTERESSE

Ad usufruire gratuitamente del servizio di trasporto sociale allo scopo di raggiungere strutture sanitarie, riabilitative ed ambulatoriali collocate al di fuori del territorio del distretto socio-sanitario di Lecce, nell'ambito del territorio provinciale, ed in particolare necessita di (specificare la propria esigenza):

A tal fine, consapevole del fatto che in caso di dichiarazioni mendaci verranno applicate, ai sensi degli art.46 e 47 del DPR n.445/2000 e successive modifiche ed integrazioni, le sanzioni previste dagli artt. 75 e 76 del citato decreto e dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia di falsità di atti

DICHIARA

- Di aver preso visione ed accettare i contenuti di cui all'Avviso Pubblico approvato con Determinazione n. 822/2025 senza condizioni e riserve;
- Che la persona per la quale si manifesta interesse è in possesso della certificazione di cui alla L. 104/92 art. 3 comma 2-3;
- Che lo spostamento deve avvenire presso la seguente struttura:

– Che le esigenze di che trattasi sono di natura:

- Occasionale
- Continuativa

Dichiara, altresì, di aver letto e compreso l'allegata informativa sul trattamento dei dati (ai sensi dell'art.13 del regolamento generale sulla protezione dei dati U.E.(2016/679),fornita nell'ambito del procedimento per il quale la presente domanda viene resa e di essere a conoscenza che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento in argomento e conservati fino alla conclusione dello stesso presso la sede del Comune di Monteroni di Lecce.

Data

Firma

Da allegare obbligatoriamente:

1. copia documento di riconoscimento in corso di validità;
2. copia certificazione attestante il riconoscimento della disabilità di cui alla L. 104/92 art. 3 commi 2-3.