

Comune di Troia

Ente capofila dell'Ambito Territoriale costituito dai Comuni di:

Accadia, Anzano di Puglia, Ascoli Satriano, Bovino, Candela, Castelluccio dei Sauri, Castelluccio Valmaggiore, Celle di San Vito, Deliceto, Faeto, Monteleone di Puglia, Orsara di Puglia, Panni, Rocchetta Sant'Antonio, Sant'Agata di Puglia, Troia, ASL FG, Provincia di Foggia

All'Ufficio Servizi Sociali di

Oggetto: Richiesta Servizio Trasporto Sociale – Taxi Sociale

Il/La sottoscritto/a:

Cognome	<input type="text"/>	Nome	<input type="text"/>
Nato/a a	<input type="text"/>	il	<input type="text"/>
Residente a	<input type="text"/>	Prov.	<input type="text"/>
Indirizzo	<input type="text"/>	CAP	<input type="text"/>
Codice fiscale	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tel.	<input type="text"/>	Cell.	<input type="text"/>
e-mail	<input type="text"/>		

In qualità di (*barrare la voce che interessa*):

- Beneficiario (non compilare se coincide con richiedente)**
- Familiare/ Tutore del beneficiario**

Cognome	<input type="text"/>	Nome	<input type="text"/>
Nato/a a	<input type="text"/>	il	<input type="text"/>
Residente a	<input type="text"/>	Prov.	<input type="text"/>
Indirizzo	<input type="text"/>	CAP	<input type="text"/>
Codice fiscale	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

CHIEDE:

Di accedere al Servizio Trasporto Sociale – Taxi Sociale.

A tal fine, ai sensi dell'art. 6 del vigente regolamento sul servizio in questione, dichiara di rientrare in una delle sottoelencate tipologie (*barrare la casella che interessa*):

- Soggetto portatore di gravi patologie, acute e croniche, richiedenti terapie o cicli di terapia che limitano l'autonomia, presso adeguati centri medico-assistenziali (*allegare eventuali certificazioni*);

- Anziano/a ultrasessantacinquenne privo/a di capacità autonoma nella mobilità extracittadina (*allegare eventuali certificazioni*);
- Invalido adulto, con riduzione della capacità lavorativa superiore al 66% e portatore di disabilità ai sensi dell'art. 3 della legge 104/92 (*allegare eventuali certificazioni*).
- Persona adulta segnalata dai servizi sociali del Comune, della ASL o da altri uffici competenti. (*È prevista una relazione da parte del soggetto pubblico proponente che illustri la necessità dell'intervento*).
- Minore disabile accompagnato da un genitore o in presenza di un vigilatore (*allegare certificazioni*).

La richiesta è formulata per il seguente impegno (allegare eventuale documentazione, se in possesso):

Il/la richiedente, infine:

- a) **Dichiara** di conoscere e accettare le condizioni previste dal Regolamento del Servizio Trasporto Sociale – Taxi Sociale;
- b) **Allega**, se in possesso, relazione sociale ovvero documentazione a supporto del servizio richiesto (specificare)

_____;

- c) **Allega Attestazione ISEE aggiornata** (in corso di validità) relativa alle condizioni economiche e patrimoniali rilasciata ai sensi del D. Lgs. 109/98 come modificato dal D. Lgs. 130/00. L'attestato una volta presentato resta gli atti e va rinnovato annualmente

Luogo e data, _____

FIRMA

TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Il/la Sig./Sig.ra _____ dichiara di aver preso visione dell'informativa riguardante il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 D.lgs. 196/2003.

Luogo e data, _____

FIRMA

INFORMATIVA AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 SULLA PROTEZIONE DEI DATI PER GLI UTENTI DEI SERVIZI (consenso con firma)

In ottemperanza agli adempimenti richiesti dagli art. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 per la protezione dei dati personali le comunichiamo le modalità di raccolta ed utilizzo dei dati di *ragione sociale*

1. **Finalità della raccolta dati.** I dati personali, comuni e dove richiesti "particolari", sono raccolti **per la gestione organizzativa, amministrativa del servizio (socio-assistenziale, sportivo, ricreativo, culturale, ecc) da lei richiesto.** Sono inseriti nel nostro sistema informativo e vengono trattati da personale autorizzato. Il loro trattamento è legittimo e verrà fatto in modo trasparente e responsabile.
2. **Obbligatorietà e trattamenti previsti.** Il conferimento dei suoi dati personali è **obbligatorio.** Una sua eventuale rinuncia al conferimento dei dati, renderebbe impossibile la gestione delle procedure organizzative, amministrative e fiscali del servizio da lei richiesto.
3. **Soggetti a cui verranno comunicati i dati.** I suoi dati personali **non saranno da noi diffusi;** potranno essere comunicati ad eventuali enti pubblici, come *strutture sanitarie*, solo qualora vi siano degli obblighi di legge, *od alle organizzazioni che collaborano con noi nella realizzazione del servizio richiesto.*
4. **Periodo di conservazione, diffusione extra-UE.** I suoi dati verranno conservati per il periodo richiesto per l'erogazione del servizio ed in ogni caso non superiore a 5 anni. I suoi dati non verranno diffusi in paesi extra-Unione Europea.
5. **Altri trattamenti connessi alla finalità principale.** I suoi dati di reperibilità potranno altresì essere utilizzati da *ragione sociale*, in quanto soggetto senza scopo di lucro, esclusivamente per informarla sui nostri servizi ed iniziative sociali.

Diritti della persona che conferisce i dati. Nella gestione dei suoi dati personali si terrà conto dei suoi diritti (articoli da 15 a 22 del Regolamento 2016/679), e cioè il diritto all'accesso, alla rettifica ed alla cancellazione (diritto all'oblio), alla limitazione del trattamento, all'opposizione al trattamento, il diritto di proporre un reclamo al Garante Privacy. Le richieste di applicazione dei suoi diritti vanno indirizzate al titolare del trattamento, utilizzando i recapiti sotto-riportati.

Titolare del trattamento e suoi recapiti. Titolare del trattamento dei dati sono i Comuni di appartenenza presso i quali si propone domanda.

Consenso per maggiorenni: Il sottoscritto _____ esprime il proprio consenso per il trattamento dei propri dati personali per le finalità sopra riportate.

Luogo e data: _____

Firma _____

IL RESPONSABILE DELL'UFFICIO DI PIANO
Marilena Piancone