



**SOCIETA' DELLA SALUTE  
Zona Fiorentina Nord Ovest**

**Sede legale Via A. Gramsci, 561 –  
50019 Sesto Fiorentino**

**ALLA SOCIETA' SOCIETA' DELLA SALUTE  
ZONA FIORENTINA NORD – OVEST**

**( DOMANDA DA PRESENTARE AL SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE ZONALE )**

**RICHIESTA ATTIVAZIONE SERVIZIO DI ACCOMPAGNAMENTO SOCIALE**

Il/La sottoscritto/a.....per conto  
di...../in qualità di .....  
.....  
nato a.....il.....  
codice fiscale .....

residente in.....via/piazza.....  
..... n. civico.....  
recapito telefonico...../  
indirizzo e-mail: .....

seguito dall' Assistente Sociale .....

in qualità di:

- PORTATORE DI DISABILITA' certificato ai sensi della Legge n. 104/1992
- ANZIANO NON AUTOSUFFICIENTE

Dichiara che la composizione del nucleo familiare è la seguente:

PADRE (recapito telefonico) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

MADRE (recapito telefonico) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

FRATELLO/SORELLA (recapito telefonico) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

FRATELLO/SORELLA (recapito telefonico) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

ALTRO (recapito telefonico) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Dichiara che i parenti o conoscenti da contattare in caso di necessità o emergenza sono:

\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

(specifica nome, cognome, grado di parentela, indirizzo e recapito telefonico)

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**RICHIEDE IL SERVIZIO DI ACCOMPAGNAMENTO SOCIALE**

volto a garantire la frequenza:

- ai centri diurni e di socializzazione;
- scolastica di ogni ordine e grado;
- all'attività lavorativa;
- per inserimenti lavorativi socio-terapeutici;
- ai corsi di preformazione, formazione e orientamento professionale;

Con le seguenti modalità

LOCALITA' DI PARTENZA ..... Via .....

LOCALITA' DI DESTINAZIONE..... Via .....

( specificare la località e la struttura di destinazione )

nei seguenti giorni:

.....

.....

.....

orari indicativi:

.....

.....

PERIODO PER IL QUALE E' RICHIESTO IL SERVIZIO:

DAL.....AL.....  
(specificare le date di attivazione e cessazione del servizio)

MEZZO NECESSARIO:

CON AUTOVETTURA

.....

CON PULMINO CON ELEVATORE

(specificare)

.....

ACCOMPAGNATORE:

NECESSITA DI ACCOMPAGNATORE

.....

NON NECESSITA DI ACCOMPAGNATORE

(specificare)

.....

Il sottoscritto dichiara di conoscere le disposizioni regolamentari del servizio e si impegna al pagamento della quota di contribuzione che attualmente è fissata in **23,00 euro mensili** per l'accompagnamento sociale come da delibera dell'Assemblea S.d.S. n. 3/2013, soggetta a revisione annuale.

Il sottoscritto richiede l'esenzione dalla contribuzione in quanto il beneficiario del servizio è titolare di un ISEE estratto pari o inferiore ad € 6.253,00, come stabilito nella delibera suddetta, soggetta a Revisione annuale. A tal fine dichiara che la composizione del nucleo familiare del beneficiario è quella risultante dall'Attestazione della presentazione della Dichiarazione Sostitutiva Unica n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ rilasciata dal CAAF/ENTE \_\_\_\_\_.

*Sii fa presente che, ai sensi dell'art. 28 della Legge 118/71, il servizio di trasporto scolastico per alunni non autosufficienti in possesso di invalidità civile non è soggetto al pagamento di alcuna quota di compartecipazione.*

|

**NOTA BENE ►** Il sottoscritto dichiara inoltre, sotto la propria responsabilità, che l'utente sia pure maggiorenne, in base alla sua condizione giuridica,

**potrà**

**non potrà**

essere lasciato al termine del servizio di trasporto, anche in assenza di un adulto che lo prenda in consegna. **(barrare la voce che interessa).**

In casi eccezionali di mancanza di familiari o di altri eventi non prevedibili, l'utente che rientra dalla scuola o dal lavoro e **che non può essere lasciato da solo**, verrà accompagnato alla sede dell'Associazione che effettua il trasporto, dove i volontari si attiveranno per il reperimento dei familiari.

> Data ....., li.....

Firma \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL RICHIEDENTE**

.....

Si allega fotocopia del documento di identità

Riservato al Servizio Sociale Professionale Zonale

<b>Descrizione</b>
Nome e cognome dell'utente:
Descrizione del caso e caratteristiche principali (tipologia disabilità, accorgimenti particolari da osservare durante il trasporto, ecc.):

Giorni per i quali è necessario il trasporto	Orario di partenza*	Orario di destinazione*	Orario di rientro*
lunedì			
martedì			
mercoledì			
giovedì			
venerdì			
sabato			

*\* gli orari sono da considerarsi come l'ora in cui l'associazione si presenta per prendere la persona*

<b>Luogo di partenza:</b>
<b>Luogo di destinazione:</b>
Il servizio è richiesto per il periodo dal (gg/m/a).....
al (gg/m/aa).....
.....
.....

**Data**.....

**FIRMA DELL'ASSISTENTE SOCIALE**

.....