



COMUNE DI VALGUARNERA CAROPEPE

**SERVIZIO DI TRASPORTO PERSONE CON DISABILITA'
PRESSO I CENTRI DI RIABILITAZIONE - ANNO 2025**

**IL RESPONSABILE DEL SETTORE AFFARI GENERALI
E SERVIZI ALLA COMUNITA' E ALLA PERSONA**

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 DI PERSONE CON DISABILITA' PRESSO I CENTRI DI RIABILITAZIONE, RIVOLTO ALLE PERSONE CON NECESSITA' DI SOSTEGNO INTENSIVO (L. 104/92 art. 3, comma 3), IMPOSSIBILITA' 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 10 GIORNI DEL MESE DI GENNAIO, AL FINE DI CONSENTIRE L'ORGANIZZAZIONE E L'AVVIO DEL SERVIZIO NEL PIU' BREVE TEMPO POSSIBILE.

PER LE PERSONE CON DISABILITA' AUTORIZZATE PER LA PRIMA VOLTA ALLE CURE RIABILITATIVE LA DOMANDA DI ACCESSO AL SERVIZIO PUO' ESSERE PRESENTATA IN RELAZIONE ALLA DATA DI RILASCIO DELL'AUTORIZZAZIONE.

**IL RESPONSABILE DEL SETTORE AA.GG.
E SERVIZI ALLA COMUNITA' E ALLA PERSONA
f/to: Dott. Salvatore Lo Bartolo**



OGGETTO: Servizio di trasporto persone con disabilità presso i centri di riabilitazione - ANNO 2025

Il sottoscritto _____
nato a _____ il _____ C.F.: _____
residente a Valguarnera alla via _____ n. _____ tel: _____

CHIEDE

Per sé stesso, in qualità di persona con disabilità certificata ai sensi dell'art. 3, comma 3, L. 104/92

Per _____ nato a _____ il _____
persona con disabilità certificata 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 imprevisi 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 2025, 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, li _____

FIRMA

