

Al Responsabile Affari Generali e  
Servizi Sociali  
Comune di Vigodarzere  
Via Cà Pisani 74/a  
35010 Vigodarzere

Oggetto: **Istanza per utilizzo del servizio di trasporto assistito in convenzione con l'Associazione "Anteas" di Vigodarzere.**

Con la presente il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e residente a Vigodarzere in via \_\_\_\_\_  
Riferimento telefonico n. \_\_\_\_\_

Chiede

di poter usufruire del servizio di trasporto istituito dal Comune di Vigodarzere a favore delle persone in condizione di mobilità debole:

/\_/\_/ in via occasionale il giorno \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

/\_/\_/ in via continuativa il giorno dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

con orario da concordare con gli operatori Anteas per recarsi presso:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Al fine di sottoporsi alla prestazione:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dichiara sotto la propria personale responsabilità:

• che il proprio nucleo familiare è composto come segue

1. \_\_\_\_\_ (capofamiglia)
2. \_\_\_\_\_ (componente)
3. \_\_\_\_\_ (componente)
4. \_\_\_\_\_ (componente)

- di essere privo/a di persone che, al di fuori del proprio nucleo familiare, è nella condizione di poter svolgere il servizio di trasporto;

Il / La sottoscritto / a dichiara inoltre di essere informato / a che in casi di sopravvenuta impossibilità di soddisfazione della domanda a causa di circostanze impreviste, dovute a forza maggiore o a caso fortuito, il servizio stesso non sarà garantito ed, altresì, del fatto che il Comune di Vigodarzere non potrà essere ritenuto responsabile della mancata effettuazione del servizio nel caso in cui le persone alla guida dei veicoli destinati all'espletamento del servizio siano assenti per impedimento personale, in caso di fermo tecnico del veicolo, ed in ogni altro caso di impossibilità sopravvenuta o in caso di forza maggiore. E' consapevole che in queste circostanze, nessun diritto di rivalsa né di rimborso potrà essere riconosciuto agli interessati.

Data

Firma del richiedente \_\_\_\_\_

Visto di presa d'atto da parte

• Il Responsabile Servizi Sociali \_\_\_\_\_

• L'Assistente Sociale \_\_\_\_\_