



**DOMANDA DI ADESIONE AL SERVIZIO TRASPORTO SANITARIO SEMPLICE COMUNALE**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ (indirizzo completo)  
Codice fiscale \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
In qualità di \_\_\_\_\_ (genitore/tutore/parente ecc)

**CHIEDE**

di usufruire del servizio denominato "PROGETTO TRASPORTO SANITARIO SEMPLICE" per il seguente motivo:

- visite mediche presso ospedali/cliniche o strutture socio-sanitarie;
- cicli di cura (chemioterapia, radioterapia, fisioterapia, iperbarica);
- cure o specifici trattamenti a carattere continuativo (medicazioni particolari);
- convocazione del tribunale o entri similari (es. per attivazione amministratore di sostegno);
- altro (specificare) \_\_\_\_\_;

**Il soggetto a cui è riservato il trasporto è:**

**dati anagrafici del beneficiario** (se diverso dal richiedente)

Cognome Nome \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ (indirizzo completo)

**dati anagrafici dell'/degli accompagnatore/i** (se diversi dal richiedente)

Cognome Nome \_\_\_\_\_ Rapporto con il beneficiario \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ (indirizzo completo)  
Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

- L'utente **DEVE** essere accompagnato in carrozzina;
- L'utente **RICHIEDE** il servizio con un mezzo dotato di pedana per trasporto carrozzina;
- L'utente **È** in possesso del tesserino disabili n. \_\_\_\_\_;
- Il trasporto **NECESSITA** di accompagnatore;

A tal fine, visti i criteri individuati e approvati con la D.G.C. N. XXX/2025, avvalendosi della facoltà concessa dall'art. 46 del D.P.R.28/12/2000 n. 445 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del citato D.P.R per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA DI TROVARSI NELLE SEGUENTI CONDIZIONI**

(barrare le caselle se compilate)

- L' ISEE ORDINARIO è inferiore e a € 16.000,00 e risulta paria a € \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ - protocollo della Dichiarazione Sostitutiva Unica: **INPS-ISEE-2025-** \_\_\_\_\_-00 (codice riportato nell'attestazione ISEE - prima riga)
- Di essere residente nel comune di Azzano San Paolo;
- Essere affetto da patologie invalidanti, comprovate da verbale invalidità o documentazione attestante l'avvio della procedura per la richiesta di invalidità;

- Non posso spostarmi da solo perché:
- la mia rete familiare e/o informale di riferimento non mi può accompagnare perché \_\_\_\_\_
  - vivo da solo o con altri soggetti fragili senza alcuna rete significativa di riferimento;
  - la mia rete non è in grado di fronteggiare il mio bisogno perché \_\_\_\_\_
  - la mia rete è parzialmente in grado di fronteggiare il mio bisogno perché \_\_\_\_\_
  - altro ( specificare ) \_\_\_\_\_

## ALLEGATI

**Alla presente richiesta DEVONO essere allegati** (pena l'esclusione della domanda):

- copia carta d'identità del/i richiedente/i (se non compilato l'apposito spazio a pag. 1);
- se non cittadini italiani o comunitari: copia titolo di soggiorno in corso di validità, di durata non inferiore ad un anno, come previsto dall'art.41 D.Lgs 25/07/98 n.286 ss.mm.ii.;
- certificato di invalidità o certificazione medica, se in possesso;

**N.B.: Verificare sempre la presenza degli allegati prima dell'invio o della consegna della richiesta.**

## SI IMPEGNA A

- collaborare con il servizio sociale e con i volontari coinvolti nella realizzazione del trasporto sia nella fase di valutazione che di realizzazione di quanto richiesto;
- comunicare tempestivamente ogni significativa variazione rispetto a quanto concordato;
- al pagamento delle quote per la fruizione del servizio come da tariffe stabilite dalla Giunta Comunale

## TARIFE IN VIGORE

Destinazione	Tariffa Andata/Ritorno
Servizi socio sanitari/centri medici di Bergamo città	€ 12,00
Uffici e ambulatori del Presidio di Zanica	€ 13,00
Ospedale di Seriate	€ 14,00
Altri servizi nei comuni dell'Ambito di Dalmine (casa di comunità, uffici del distretto)	€ 15,00
Ospedale di Treviglio	€ 15,00
Ospedale di Zingonia	€ 15,00
Ospedale di Ponte San Pietro	€ 15,00

- supplemento pari a € 5,00 in caso di attesa o permanenza prolungata presso la struttura che comporti il ritorno in loco del volontario in un secondo tempo per riportare a casa l'utente.
- riduzione del 10% della tariffa in caso di trasporti continuativi acquistando un carnet di 10 viaggi

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**La domanda e gli allegati inviati via email DEVONO essere scansionati**

**in formato PDF e leggibili**

(non saranno richieste e allegati fotografati)

**indirizzo e-mail: [servizi.sociali@comune.azzanosanpaolo.bg.it](mailto:servizi.sociali@comune.azzanosanpaolo.bg.it)**



Comune di Azzano San Paolo  
Provincia di Bergamo

Espressione del consenso al trattamento dei dati personali  
A norma del Regolamento UE 679/2016 e  
del Codice della Privacy italiano, come da ultimo modificato dal d.lgs. 101/2018

Questa amministrazione, esclusivamente per finalità istituzionali e per obbligo di legge e regolamento esegue svariati trattamenti di dati personali.

La titolarità di questi trattamenti è dell'Amministrazione Comunale. Ogni singolo trattamento sarà eseguito sotto la responsabilità diretta di soggetti, a ciò appositamente designati a mente dell'art. 2 quaterdecies del Codice della Privacy italiano, come integrato dal D.lgs. 101/2018.

L'informativa completa è consultabile sul sito <https://www.comune.azzanosanpaolo.bg.it/it> nella sezione Amministrazione Trasparente/Altri Contenuti/Privacy.

Questa amministrazione ha nominato **Responsabile Comunale della Protezione dei Dati Personali**, a cui gli interessati possono rivolgersi per tutte le questioni relative al trattamento dei loro dati personali e all'esercizio dei loro diritti derivanti dalla normativa nazionale e comunitaria in materia di protezione dei dati personali:

Luigi Mangili Via San Vincenzo de' Paoli 9 – 24023 Clusone (BG)  
Indirizzo mail/PEC: dpo-cloudassistance@pec.it Telefono: 800 121 961

I dati sono trattati in **modalità cartacea**, quando sono raccolti in schedari debitamente custoditi, o **informatica**, mediante memorizzazione in un apposito data-base, gestito con apposite procedure informatiche. In entrambi i casi l'accesso è riservato al solo personale appositamente designato del trattamento.

La **raccolta** di questi dati personali è per questa Amministrazione Comunale **obbligatoria**, in quanto trattasi di un trattamento di dati personali effettuato per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri a mente dell'art. 2-ter del Codice della Privacy italiano, come integrato dal D.lgs. 101/2018. Un eventuale rifiuto al conferimento volontario dell'interessato determina l'obbligo dell'acquisizione d'ufficio del dato.

I dati raccolti **non possono essere ceduti, diffusi o comunicati a terzi**, che non siano a loro volta una Pubblica Amministrazione, o aziende nominate quali responsabili esterni ai sensi dell'art.28 e seguenti del Regolamento generale sulla protezione dei dati (RGDP UE-2016/679), salvo le norme speciali in materia di certificazione ed accesso documentale o generalizzato. Per ogni comunicazione del dato a terzo che non sia oggetto di certificazione obbligatoria per legge o che non avvenga per finalità istituzionali nell'obbligatorio scambio di dati tra PA, l'interessato ha diritto a ricevere una notifica dell'istanza di accesso da parte di terzi e in merito alla stessa di controdedurre la sua eventuale contrarietà al trattamento.

Rispetto alla eventuale raccolta e all'archiviazione di dati personali appartenenti a particolari categorie (già definiti come "sensibili") o dati genetici e biometrici o dati relativi a condanne penali e reati (art. 9 e 10 del Reg.UE), dette operazioni saranno eseguite solo con la più stretta osservanza delle norme di riferimento.

A seguito della consultazione del sito istituzionale di questa amministrazione è possibile che avvenga la raccolta automatica di dati personali, ma mai questi dati potranno servire all'identificazione dei cittadini, senza il loro previo consenso espresso. Detti trattamenti automatizzati per mezzo dell'utilizzo del sito web istituzionale sono impliciti nell'uso dei protocolli di comunicazione di Internet.

**Espressione del consenso al trattamento dei dati personali**

Il/la sottoscritto/a .....

nato a ..... il ...../...../.....

dopo aver letto la su estesa informativa:

dà il consenso al trattamento dei propri dati personali e allega copia del proprio documento di identità

nega il consenso al trattamento dei propri dati personali chiedendone la cancellazione dai vostri archivi (questa opzione non permette al settore di valutare la domanda).

Data ...../...../.....

**Firma (leggibile)**