COMUNE DI RACCUJA
(CITTA' METROPOLITANA DI MESSINA)

IL SINDACO
RENDE NOTO

Che il Distretto Socio-Sanitario D30, dispone in comodato gratuito un pulmino attrezzato per il servizio di trasporto di persone diversamente abili e anziani.

L'automezzo è dotato di pedana elettrica per facilitare il trasporto delle persone diversamente abili su sedie a rotelle ed è a disposizione dei Comuni facenti parte del Distretto socio-sanitario D30. La fruizione dell'automezzo rappresenta un'opportunità per superare le barriere e promuovere l'inclusione sociale.

Poiché il comune di Raccuja fa parte del Distretto socio-sanitario D30, è possibile presentare istanza all'Ufficio Servizi Sociali del comune per fruire del trasporto gratuito con il suddetto mezzo. L'Ufficio Servizi Sociali, dopo aver acquisito l'istanza, per quanto possibile, ottempererà alla richiesta del soggetto richiedente, coordinandosi con l'Ufficio del Distretto socio-sanitario di Patti D30.

Per eventuali informazioni rivolgersi all' Ufficio Servizi Sociali del comune di Raccuja, nelle ore di ufficio, al seguente numero telefonico 0941/660376

Raccuja, 14/02/2017

Il Sindaco
- Dott.ssa Francesca Salpietro Damiano-

Piazza 2 Giugno 98067 Raccuja - 0941660376 - 0941663507 Cod. Fisc. 00275600831
Sito web www.comune.raccuja.me.it Pec: comuneraccuja@pec.it e-mail: comuneraccuija@virgilio.it

Al Sig. Sindaco
del comune di Raccuja

Oggetto: Istanza fruizione trasporto gratuito con pulmino attrezzato per trasporto disabili

Il/la sottoscritto/a_____

nato/a_____prov_____il_____

residente a Raccuja in Via_____n_____

recapito tel_____cell_____

Codice fiscale_____trovandosi nelle condizioni di disabilità o nell'impossibilità de deambulare se non con l'ausilio della sedia a rotelle –

Rif. Familiare Nome_____Cognome_____

(n.q. di genitore/coniuge/figlio, ecc.)_____tel_____

CHIEDE

Di essere inserito nell'elenco delle persone che intendono usufruire gratuitamente del pulmino attrezzato per il trasporto di persone diversamente abili o anziane per il trasporto presso centri di cure o visite ospedaliere.

Sono consapevole che si tratta di un servizio di trasporto gratuito che verrà attivato, a seguito di prenotazione e coordinamento con il Distretto socio-sanitario D30 – Comune di Patti.

Data_____

Firma

_____

N.B. Allegare i documenti di riconoscimento del soggetto diversamente abile e del familiare di riferimento.