

Spazio riservato al protocollo

## **RICHIESTA DI ADESIONE AL SERVIZIO TRASPORTO DIALIZZATI**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in via \_\_\_\_\_

Comune di \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

*(compilare solo se il beneficiario coincide con il sottoscrittore)*

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Tessera Sanitaria \_\_\_\_\_

Medico di Base \_\_\_\_\_ Esenzione Ticket \_\_\_\_\_ Stato Civile \_\_\_\_\_

Eventuale domicilio se diverso dalla residenza \_\_\_\_\_

**IN QUALITÀ DI**

diretto interessato          Tutore / curatore / amministratore di sostegno

caregiver (indicare il rapporto di parentela con il beneficiario) \_\_\_\_\_

### **CHIEDE**

di usufruire del servizio di trasporto dializzati organizzato dalla Comunità Montana dei Laghi Bergamaschi  
Ambito Territoriale Alto Sebino

a favore di \_\_\_\_\_

*(Compilare solo se il beneficiario non coincide con il sottoscrittore)*

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in via \_\_\_\_\_

Comune di \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Tessera Sanitaria \_\_\_\_\_

Medico di Base \_\_\_\_\_ Esenzione Ticket \_\_\_\_\_ Stato Civile \_\_\_\_\_

Eventuale domicilio se diverso dalla residenza \_\_\_\_\_

A tale scopo dichiara:

1. Di usufruire del centro dializzati di LOVERE nei giorni di MARTEDI', GIOVEDI' E SABATO, nei seguenti orari: dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_;
2. Di autorizzare ai sensi del D. Lgs. N. 196 del 30 giugno 2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali") la Comunità Montana dei Laghi Bergamaschi Ambito Territoriale Alto Sebino all'utilizzo dei dati personali/ sensibili esclusivamente ai fini della fruizione del servizio trasporto dializzati;

3. Di autorizzare, limitatamente all'attività organizzativa del servizio, l'uso dei dati anche da parte del personale sanitario/amministrativo del centro dialisi di Lovere e da parte di chi effettua il trasporto;
4. Di impegnarmi per il periodo di utilizzo del servizio, a versare alla Comunità Montana dei Laghi Bergamaschi Ambito Territoriale Alto Sebino la quota mensile di partecipazione al costo del servizio, determinata sulla base dell'ISEE secondo la formula sotto riportata, versando tale importo entro e non oltre il 10 di ogni mese sul conto corrente della Comunità Montana dei Laghi Bergamaschi:

**codice IBAN IT 56 G 03111 53170 00000000437**

o direttamente presso lo sportello della Tesoreria della UBI Banca Spa, filiale di Lovere

In caso di mancata presentazione della certificazione ISEE, in conformità a quanto stabilito dal "Regolamento unico per l'accesso e la compartecipazione alle prestazioni sociali e socio-assistenziali agevolate" di Ambito e dalle relative tariffe approvate dall'Assemblea dei Sindaci e dalla Comunità Montana dei Laghi Bergamaschi, sarà applicato l'intero costo del servizio;

5. di autorizzare la Comunità Montana dei Laghi Bergamaschi Ambito Territoriale Alto Sebino ad incassare in una volta sola i rimborsi spese viaggio riconosciuti dall'ASST di Bergamo (*Vedi allegato*);
6. Di assumermi tutte le responsabilità sia civili che penali connesse al mio stato di salute durante il percorso di andata e di ritorno del servizio di trasporto.

Quota minima di compartecipazione	Quota massima di compartecipazione	ISEE minimo	ISEE massimo
€ 50,00	€ 60,00	€ 5.000,00	€ 10.000,00

La compartecipazione mensile, in aggiunta alla quota minima, è determinata applicando la formula della progressione lineare:

**Compartecipazione = quota minima di compartecipazione + [(ISEE utenza - ISEE minimo)\***

**(quota compart max - quota compart min) / (isee finale - isee iniziale)]**

**Compartecipazione = € 50,00 + [( \_\_\_\_\_ - 5.000) \* € 10,00 / 5.000] = \_\_\_\_\_ euro**

- *ISEE utenza*: è il valore dell'ISEE rapportato alla composizione del nucleo familiare rilevante differenziato per le specifiche prestazioni (così come previsto dall'art. 2 comma 4 del d.P.C.M. 5 dicembre 2013, n. 159);
- *ISEE minimo*: è il valore sino al quale l'utenza è esentata dalla compartecipazione al costo dei servizi oppure è tenuta a versare la quota minima di compartecipazione;
- *ISEE massimo*: è il valore oltre il quale è richiesto all'utenza di farsi carico della quota massima di compartecipazione alla spesa;
- *Quota minima di compartecipazione*: è il valore di una quota da corrispondere indipendentemente dal valore dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente del nucleo familiare di riferimento
- *Quota massima di compartecipazione alla spesa*: è il valore massimo di compartecipazione al costo del servizio

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**AUTORIZZAZIONE**

Il sottoscritto/a (Cognome)..... (Nome).....  
nato a ..... Prov. .... il .....  
residente in Via /Piazza..... n°.....  
Comune di ..... C.A.P ..... Prov. ....  
Tel .....

Autorizzo l'ASST di Bergamo a versare direttamente alla Comunità Montana dei Laghi Bergamaschi Ambito Territoriale Alto Sebino i rimborsi di mia spettanza relativi alle spese di viaggio sostenute per sottopormi a dialisi c/o l'Ospedale di Lovere a far tempo dal .....

La presente autorizzazione è da considerarsi valida sino a nuova diversa comunicazione da parte mia.

Data .....

In fede

.....