



# NONNOtaxi Onlus

Via Tiberio Imperatore 45  
00145 Roma  
Tel. 06.87451187 Fax 06.87451190



## DOMANDA DI AMMISSIONE AI SERVIZI

Il/La sottoscritto/a .....  
nato/a a ..... il.....  
residente in ..... via e n. ....  
telefono ..... cellulare .....  
ho avuto notizia di questo Ente da .....

La mia tipologia di disabilità:

non sono deambulante  ho difficoltà di deambulazione  
 altro:

.....  
.....  
.....

### CHIEDO

1) di usufruire del servizio “NONNOtaxi assiste...”

Desidero servirmi di un operatore automunito:  SI  NO

con frequenza : (specifico giorni e orari e, nel caso di accompagnamento con autovettura, luogo di arrivo),

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Desidero la consegna di farmaci o di generi di prima necessità con frequenza: (specificare)

.....  
.....  
.....

il tipo di assistenza che mi necessita: (specifico anche se si preferisco un uomo o una donna),

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

mi servo di carrozzina ortopedica:  SI  NO

ho difficoltà' di discesa e/o salita delle mie scale, ho quindi necessita' del montascale:  SI  NO

sono accompagnato da familiari o da altri:  SI  NO

2) di voler usufruire del servizio di “**segretariato sociale**” per l’inoltro di:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> riconoscimento d’invalidità,                 | <input type="checkbox"/> richiesta di aggravamento,           |
| <input type="checkbox"/> richiesta d’indennità di accompagnamento,    | <input type="checkbox"/> richiesta di agevolazioni Legge 104, |
| <input type="checkbox"/> richiesta/rinnovo contrassegno d’invalidità, | <input type="checkbox"/> richiesta parcheggio invalidi,       |
| <input type="checkbox"/> richiesta ausili,                            | <input type="checkbox"/> altro                                |



Le motivazioni della mia richiesta:

- |   |                                  |
|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> il Comune non eroga il servizio.                                 | <input type="checkbox"/> non sò. |
| <input type="checkbox"/> il Comune eroga il servizio ma non rientro negli aventi diritto. |                                  |

Le motivazioni della mia richiesta relative alla situazione familiare:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> non ho familiari che mi possano aiutare,            | <input type="checkbox"/> non abbiamo automezzi, |
| <input type="checkbox"/> i miei familiari non possono assentarsi dal lavoro. |   |

Desidero usufruire del servizio “ **NONNOTaxi assiste...**” allego alla domanda:

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> fotocopia fronte/retro di un documento di riconoscimento valido,                 |
| <input type="checkbox"/> fotocopia del mio Codice Fiscale,  |
| <input type="checkbox"/> certificato del mio medico di base con le mie patologie dettagliate              |
| <b>oppure,</b>  |
| <input type="checkbox"/> • sono già riconosciuto invalido civile, quindi allego la fotocopia del verbale. |

Desidero usufruire del servizio di “**segretariato sociale**” allego alla domanda:

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> fotocopia fronte/retro della <u>mia carta d’identità valida</u> ,                                      |
| <input type="checkbox"/> fotocopia del mio Codice Fiscale,  |
| <input type="checkbox"/> certificato <u>in originale</u> del mio medico di base con le mie patologie dettagliate,               |
| <input type="checkbox"/> sono già’ riconosciuto invalido civile. Allego quindi la fotocopia del verbale,                        |
| <input type="checkbox"/> modulo istante maggiorenne della ASL di competenza debitamente compilato e da me firmato in originale, |
| <input type="checkbox"/> fotocopia del sopracitato modulo istante maggiorenne.  |

**Con la presente autorizzo codesto Ente al trattamento dei miei dati per l’erogazione del servizio ai sensi della legge 675/96.**

Data

La mia firma leggibile

Sono impossibilitato a firmare autonomamente

Cognome e nome del familiare o del tutore