



SOL·LICITUD DE SERVEI ESPORÀDIC DE TRANSPORT ADAPTAT PER A PERSONES AMB MOBILITAT REDUÏDA

SOL·LICITANT/ SOLICITANTE

Nom i Cognoms / Nombre y apellidos

Document Identificatiu * / Documento Identificativo *

Tipus Via / Tipo via

Domicili (a efectes de notificació)/ Domicilio (a efectos de notificación)

Num*

Escala/ Escalera

Pis-Porta/Piso-Puerta

Població / Población

Codi Postal /Codigo Postal

Província/Provincia

Telèfon / Teléfono

Correu electrònic / correo electrónico

Data de naixement / Fecha de nacimiento

Vull rebre notificació electrònica de tots els actes d'aquest procediment en aplicació del què disposa la Llei 39/2015, d'1 d'Octubre. A tal efecte facilito en la present comunicació, el correu electrònic i el telèfon mòbil / Quiero recibir notificación electrónica de todos los actos de este procedimiento en aplicación de lo que dispone la Ley 39/2015, del 1 de Octubre. A tal efecto facilito en la presente comunicación, el correo electrónico y el teléfono móvil.

Dades de qui exerceix la representació legal en cas de persones beneficiàries menors d'edat o incapacitades / Datos de quien ejerce la representación legal en caso de personas beneficiarias menores de edad o incapacitadas

Nom i Cognoms del representant / Nombre y apellidos del representante

Document Identificatiu / Documento Identificativo

Tipus Via / Tipo via

Domicili (a efectes de notificació) / Domicilio (a efectos de notificación)

Num*

Escala/ Escalera

Pis-Porta/Piso-Puerta

Població / Población

Codi Postal /Codigo Postal

Província/Provincia

Telèfon / Teléfono

Correu electrònic / correo electrónico

Data de naixement / Fecha de nacimiento

DECLARO:

- Que tinc l'empadronament a Esplugues de Llobregat / Que tengo el empadronamiento en Esplugues de Llobregat
- Que tinc el certificat de disminució expedit per l'ICASS / Que poseo el certificado de disminución expedido por el ICASS
- Que supero el barem de mobilitat reduïda / Que supero el baremo de movilidad reducida

Que em trobo en alguna de les següents situacions / Que me encuentro en alguna de las siguientes situaciones:

1. Utilitzo cadira de rodes per desplaçar-me / Que utilizo silla de ruedas para desplazarme
2. Utilitzo croses o bastons per caminar / Utilizo muletas o bastones para caminar
3. Presento una insuficiència respiratòria greu (annexo informe mèdic) / Presento una insuficiència respiratoria grave (anexo informe médico)
4. Presento una insuficiència o malaltia cardíaca greu (annexo informe mèdic) / Presento una insuficiència o enfermedad cardíaca grave (anexo informe médico)
5. Presento algun trastorn de conducta que m'impossibilita l'ús del transport públic (annexo informe mèdic) / Presento algún trastorno de conducta que me imposibilita el uso del transporte público (anexo informe médico)

Documentació a aportar / Documentación a aportar:

- Fotocòpia del DNI / Fotocopia del DNI
- Fotocòpia del certificat de disminució / Fotocopia del certificado de disminución
- Certificat de mobilitat reduïda i/o de necessitat d'assistència de 3a persona (en el cas que no s'especifiqui en el certificat de disminució) / Certificado de movilidad reducida i/o de necesidad de asistencia de 3a persona (en el caso que no se especifique en el certificado de disminución)
- Informes mèdics (en cas de presentar les situacions 3, 4 i 5) / Informes médicos (en caso de presentar las situaciones 3, 4 y 5)
- Altre documentació específica que es consideri oportuna / Otra documentación específica que se considere oportuna

SOL·LICITO / SOLICITO:

Que d'acord amb les normes establertes pel Consell Comarcal del Baix Llobregat, em sigui atorgat el servei esporàdic de transport especial per a persones amb mobilitat reduïda. Qui sotasigna responc personalment de la veracitat de les dades manifestades i dono el meu vist-i-plau per tal que aquestes siguin facilitades al Consell / Que de acuerdo con las normas establecidas por el Consell Comarcal del Baix Llobregat, me sea otorgado el servicio esporádico de transporte especial para personas con movilidad reducida. Quien abajo firma respondo personalmente de la veracidad de los datos manifestados y doy mi autorización para que éstas sean facilitadas al Consell.

Signatura de la persona beneficiària

Signatura de qui té la representació legal

Esplugues de Llobregat,