

	Amministrazione destinataria Comune di Calcio Ufficio destinatario Ufficio servizi alla persona	
--	--	--

Domanda di accesso al servizio di trasporto per anziani e disabili

Il sottoscritto											
Cognome			Nome			Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza					
Residenza											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
										<input type="checkbox"/>	
Domicilio											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
										<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata				

CHIEDE

l'erogazione del servizio di trasporto per anziani e disabili

Soggetto interessato					
<input type="radio"/> per sè stesso					
<input type="radio"/> per il seguente familiare o tutelato					
Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza	
In qualità di (*)					

In qualità di ()*:

curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale

con destinazione											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
										<input type="checkbox"/>	
In data											

per le seguenti prestazioni
Descrizione <div style="border: 1px solid black; height: 150px;"></div>

comunicando le seguenti informazioni importanti relative al trasporto

(indicare se si necessita di attrezzature o accorgimenti particolari)

Descrizione

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

- che il beneficiario del servizio è

Condizioni dell'utenza	
<input type="radio"/>	persona sola
<input type="radio"/>	persona i cui figli o parenti sono impossibilitati a effettuare il trasporto
<input type="radio"/>	invalido civile ai sensi della Legge 15/10/1990, n. 295
Invalidità	
<input type="radio"/>	senza indennità di accompagnamento
<input type="radio"/>	con indennità di accompagnamento
Data rilascio	

- di essere a conoscenza che il servizio è limitato al solo trasporto e non anche ad interventi di accompagnamento o presenza durante visite o controlli per i quali, in caso il trasportato non sia in grado di provvedere direttamente, i volontari non assumono né incarichi, né responsabilità

Eventuali annotazioni

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

<input checked="" type="checkbox"/>	copia dell'impegnativa del medico o della prenotazione della visita
<input type="checkbox"/>	documento di identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i>
<input type="checkbox"/>	altri allegati (specificare)

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Calcio		
Luogo	Data	Il dichiarante