

	Amministrazione destinataria Comune di Silvi Ufficio destinatario Ufficio servizi sociali	
---	--	--

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
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata

CHIEDE

l'accesso al servizio di trasporto per anziani e disabili

<input type="radio"/>	per sè stesso																														
<input type="radio"/>	per il seguente familiare o tutelato																														
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td colspan="2">Cognome</td> <td colspan="2">Nome</td> <td>Codice Fiscale</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Data di nascita</td> <td>Sesso</td> <td colspan="2">Luogo di nascita</td> <td>Cittadinanza</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td colspan="2"></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="5">In qualità di (*)</td> </tr> <tr> <td colspan="5"></td> </tr> </table>		Cognome		Nome		Codice Fiscale						Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza						In qualità di (*)									
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

attualmente residente in											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
										<input type="checkbox"/>	

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

per il periodo												
Periodo								Dal giorno		Al giorno		
<input type="radio"/>	ricorrente (*)											
Ricorrenza				Lun	Mar	Mer	Gio	Ven	Sab	Dom	Dalle ore	Alle ore
<input type="radio"/>	settimanale	ogni: settimane		<input type="checkbox"/>								
<input type="radio"/>	mensile	ogni giorno:		ogni: mesi						Dalle ore	Alle ore	
<input type="radio"/>	mensile	ogni:		di ogni mesi						Dalle ore	Alle ore	
Periodo												
<input type="radio"/>	altro periodo (specificare)											

Esempi di compilazione per periodo ricorrente (*):

esempio ricorrenza settimanale: "ogni 2 settimane **Mar** dalle ore 17:00 alle ore 22:00"

esempio ricorrenza mensile: "ogni giorno 5 ogni 3 mesi dalle ore 17:00 alle ore 22:00"

esempio ricorrenza mensile: "ogni **primo lunedì** di ogni 2 mesi dalle ore 17:00 alle ore 22:00"

esempio ricorrenza annuale: "ogni anni 1 dal giorno 25/12 dalle ore 12:00 al giorno 31/12 alle ore 24:00"

per il seguente motivo

Motivazione

Eventuali annotazioni

Elenco degli allegati

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

<input type="checkbox"/>	copia della documentazione medica ed eventuale verbale di invalidità civile
<input type="checkbox"/>	copia del 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)

<input type="checkbox"/>	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.
--------------------------	--

Silvi		
Luogo	Data	Il dichiarante