

	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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Ricorrenza				Dalle ore						Alle ore			
<input type="radio"/>	mensile	ogni giorno:		ogni: mesi									
Ricorrenza				Dalle ore						Alle ore			
<input type="radio"/>	mensile	ogni:						di ogni mesi					
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