



Amministrazione destinataria

Ufficio destinatario

## Domanda di accesso al servizio di trasporto sociale assistenziale temporaneo

### Il sottoscritto

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

### domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

### CHIEDE

l'accesso al servizio di trasporto sociale assistenziale temporaneo per

- ☐ per sé stesso  
☐ per il seguente familiare o tutelato

### soggetto interessato

|                                                                                                                      |                      |                      |                      |                          |                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--------------------------|----------------------|
| Cognome                                                                                                              |                      | Nome                 |                      | Codice Fiscale           |                      |
| <input type="text"/>                                                                                                 |                      | <input type="text"/> |                      | <input type="text"/>     |                      |
| Data di nascita                                                                                                      | Sesso                | Luogo di nascita     |                      | Cittadinanza             |                      |
| <input type="text"/>                                                                                                 | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      | <input type="text"/>     |                      |
| Residenza                                                                                                            |                      |                      |                      |                          |                      |
| Provincia                                                                                                            | Comune               | Indirizzo            | Civico               | Barrato                  | Interno              |
| <input type="text"/>                                                                                                 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>     | <input type="text"/> |
|                                                                                                                      |                      |                      |                      | Scala                    | Piano                |
|                                                                                                                      |                      |                      |                      | <input type="checkbox"/> | CAP                  |
|                                                                                                                      |                      |                      |                      |                          |                      |
| Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, ecc.) |                      |                      |                      |                          |                      |
| <input type="text"/>                                                                                                 |                      |                      |                      |                          |                      |

### presso la seguente struttura sanitaria

|                         |                      |                      |                      |                          |                      |
|-------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--------------------------|----------------------|
| Denominazione struttura |                      |                      |                      |                          |                      |
| <input type="text"/>    |                      |                      |                      |                          |                      |
| Sede                    |                      |                      |                      |                          |                      |
| Provincia               | Comune               | Indirizzo            | Civico               | Barrato                  | Interno              |
| <input type="text"/>    | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>     | <input type="text"/> |
|                         |                      |                      |                      | Scala                    | Piano                |
|                         |                      |                      |                      | <input type="checkbox"/> | CAP                  |
|                         |                      |                      |                      |                          |                      |

### alle seguenti condizioni

Data iniziale

Data finale

Orario iniziale

Orario finale

Giorni della settimana

☐ lunedì

☐ martedì

☐ mercoledì

☐ giovedì

☐ venerdì

☐ sabato

☐ domenica

Condizioni del trasportato

### per il seguente motivo

Motivazione

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 nucleo familiare del beneficiario è composto da

#### ☐ componente n. 1

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Data di nascita

Sesso

Luogo di nascita

Cittadinanza

Stato civile

Rapporto di parentela

Professione

% Disabilità

#### ☐ componente n. 2

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Data di nascita

Sesso

Luogo di nascita

Cittadinanza

Stato civile

Rapporto di parentela

Professione

% Disabilità

☐ **componente n. 3**

|                      |                       |                      |                      |
|----------------------|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Cognome              | Nome                  | Codice Fiscale       |                      |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>  | <input type="text"/> |                      |
| Data di nascita      | Sesso                 | Luogo di nascita     | Cittadinanza         |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Stato civile         | Rapporto di parentela |                      |                      |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>  |                      |                      |
| Professione          | % Disabilità          |                      |                      |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>  |                      |                      |

☐ **componente n. 4**

|                      |                       |                      |                      |
|----------------------|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Cognome              | Nome                  | Codice Fiscale       |                      |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>  | <input type="text"/> |                      |
| Data di nascita      | Sesso                 | Luogo di nascita     | Cittadinanza         |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Stato civile         | Rapporto di parentela |                      |                      |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>  |                      |                      |
| Professione          | % Disabilità          |                      |                      |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>  |                      |                      |

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

**Elenco degli allegati**

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

- ☐ copia della documentazione medica ed eventuale verbale di invalidità civile
- ☐ copia del documento di identità  
*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*
- ☐ altri allegati

**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 istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

|                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|

Luogo

Data

il dichiarante