



Amministrazione destinataria
Comune di Montanaso Lombardo

Ufficio destinatario
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
Residenza		Indirizzo		Civico	Barrato
Provincia	Comune	Interno	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>
CAP	Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata	

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 per anziani e disabili

- per sé stesso
- per il seguente familiare o tutelato

soggetto interessato

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

con destinazione

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

per il periodo

Periodo singolo o multiplo

periodo singolo o multiplo

Dal giorno	Dalle ore	Al giorno	Alle ore
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ricorrenza giornaliera

ogni giorno

Ricorrenza settimanale

ogni settimana

Ricorrenza mensile

ogni mese

Dal giorno	Dalle ore	Al giorno	Alle ore
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Dal giorno	Dalle ore	Al giorno	Alle ore
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Lun	Mar	Mer	Gio	Ven	Sab	Dom
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dal giorno	Dalle ore	Al giorno	Alle ore
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ricorrenza (ad esempio "ogni 15 del mese")
ogni del mese

Ricorrenza mensile

ogni mese

Dal giorno	Dalle ore	Al giorno	Alle ore
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ricorrenza (ad esempio "ogni primo lunedì del mese")
ogni del mese

Altro periodo

altro periodo

Descrizione

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	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
Stato civile	Rapporto di parentela		
Professione	% Disabilità		

componente n. 4

Cognome	Nome	Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
Stato civile	Rapporto di parentela		
Professione	% Disabilità		

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.

Montanaso Lombardo

Luogo

Data

il dichiarante