Amministrazione destinataria

Comune di Osio Sotto

Ufficio destinatario

Ufficio Servizi Sociali

Domanda di attivazione del servizio di trasporto sociale assistenziale temporaneo

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'erogazione del servizio di trasporto sociale assistenziale temporaneo per

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

soggetto interessato

Cognome	Nome	Codice Fiscale

Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza

Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, ecc.)

attualmente residente in

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Piano

per il seguente motivo

Motivazione richiesta

- ○ terapie sanitarie tempo medio
- ○ terapie sanitarie permanenti
- ○ visite sanitarie occasionali
- ○ altro servizio (specificare)

presso la seguente struttura sanitaria

Denominazione

Reparto

Telefono	Responsabile di riferimento

alle seguenti condizioni

Data iniziale	Data finale

Durata (in giorni)	Giorni della settimana

da non usare per presentazione cartacea

Orario iniziale	Orario finale

Condizioni del trasportato

☐ nominativo di riferimento

Cognome | Nome | Codice Fiscale

Data di nascita | Sesso | Luogo di nascita | Cittadinanza

Residenza

Provincia | Comune | Indirizzo | Civico | Barrato | Interno | Scala | Piano | SNC ☐ | CAP

Telefono cellulare | Telefono fisso | Posta elettronica ordinaria | Posta elettronica certificata

☐ ulteriore nominativo di riferimento

Cognome | Nome | Codice Fiscale

Data di nascita | Sesso | Luogo di nascita | Cittadinanza

Residenza

Provincia | Comune | Indirizzo | Civico | Barrato | Interno | Scala | Piano | SNC ☐ | 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

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

da non usare per presentazione cartacea

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 d'identità
  (da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)
- ☐ 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 istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Luogo	Data	il dichiarante
Osio Sotto		

Da non usare per presentazione cartacea