

| | |
|---|--|
|  | Amministrazione destinataria Comune di Osio Sotto Ufficio destinatario |
|---|--|

Domanda di attivazione del 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'erogazione del servizio di trasporto per anziani e disabili

| | | | | |
|-----------------------|--------------------------------------|-----------------|------------------|----------------|
| <input type="radio"/> | per sè stesso | | | |
| <input type="radio"/> | per il seguente familiare o tutelato | | | |
| Cognome | | Nome | | Codice Fiscale |
| Sesso | | Data di nascita | Luogo di nascita | Cittadinanza |
| In qualità di (*) | | | | |

In qualità di ()*:

amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale

| attualmente residente in | | | | | | |
|--------------------------|--------|-----------|--------|---------|-------|--|
| Provincia | Comune | Indirizzo | Civico | Barrato | Piano | |

| con destinazione | | | | | | |
|------------------|--------|-----------|--------|---------|-------|--|
| Provincia | Comune | Indirizzo | Civico | Barrato | Piano | |

per il periodo

| Periodo | | Dal giorno | Dalle ore | Al giorno | Alle ore | | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------------|-----------------|-----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------|--|--|
| <input type="radio"/> | singolo o multiplo | | | | | | | | | | | |
| 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"/> | | | |
| 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 | | | | | | | | |
| <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"

per il seguente motivo

Motivazione richiesta

nominativo di riferimento

| Cognome | | Nome | | Codice Fiscale | |
|--------------------|--------|----------------|------------------|-------------------------------|--------------|
| Data di nascita | | Sesso | Luogo di nascita | | Cittadinanza |
| Residenza | | | | | |
| Provincia | Comune | | Indirizzo | | Civico |
| | | | | | Barrato |
| | | | | | Scala |
| | | | | | Interno |
| | | | | | SNC |
| | | | | | CAP |
| Telefono cellulare | | Telefono fisso | | Posta elettronica ordinaria | |
| | | | | Posta elettronica certificata | |
| | | | | | |

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

| | | | | | | | | | | |
|------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Eventuali annotazioni | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Elenco degli allegati | | | | | | | | | | |
| <i>(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)</i> | | | | | | | | | | |
| <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 | | | | | | | | | | |
| <i>(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)</i> | | | | | | | | | | |
| <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. | | | | | | | | | |

| | | |
|------------|------|----------------|
| Osio Sotto | | |
| Luogo | Data | Il dichiarante |