



Amministrazione destinataria

Comune di Lumezzane

Ufficio destinatario

Servizi socio - assistenziali

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

- per sè stesso
- per il seguente familiare o tutelato

Cognome		Nome		Codice Fiscale
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza

in qualità di (*)

Ruolo

In qualità di ():
amministratore di sostegno, curatore, esercente potestà genitoriale, familiare, tutore legale*

attualmente residente in

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

con destinazione

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

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

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"/>

Ricorrenza mensile

ogni mese

Lun	Mar	Mer	Gio	Ven	Sab	Dom
<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

Eventuali annotazioni

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)

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.

Lumezzane

Luogo

Data

Il dichiarante