

	Amministrazione destinataria Comune di Castel d'Ario 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							
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato
							<input type="checkbox"/>
Telefono fisso		Telefono cellulare		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata	

CHIEDE

l'erogazione del servizio di trasporto per anziani e disabili

<input type="radio"/>	per se stesso				
<input type="radio"/>	per il seguente familiare o tutelato				
In qualità di (*)					
Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza
Residenza					
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico

In qualità di (*):

curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale

per il seguente motivo
Motivazione
Servizi già attivati

Eventuali annotazioni

--

Elenco degli allegati

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

<input checked="" type="checkbox"/>	copia della documentazione medica ed eventuale verbale di invalidità civile
<input type="checkbox"/>	copia dell'attestazione ISEE <i>(da allegare in caso di riduzione della retta)</i>
<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

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

<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.
--------------------------	--

Castel d'Ario		
Luogo	Data	Il dichiarante