

**Amministrazione destinataria**

Comune di Vetralla

Ufficio destinatarioServizi sociali, Distretto sociosanitario
VT4**Domanda di accesso al servizio di trasporto sociale assistenziale temporaneo****Il sottoscritto**

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

presso la seguente struttura sanitaria

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

alle seguenti condizioni**Data iniziale****Data finale****Orario iniziale****Orario finale****Giorni della settimana**

- lunedì
- martedì
- mercoledì
- giovedì
- venerdì
- sabato
- domenica

Condizioni del trasportato**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 veritiera 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
<input type="text"/>		
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Stato civile	Rapporto di parentela	
<input type="text"/>		
Professione	% Disabilità	
<input type="text"/>		

componente n. 4

Cognome	Nome	Codice Fiscale
<input type="text"/>		
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Stato civile	Rapporto di parentela	
<input type="text"/>		
Professione	% Disabilità	
<input type="text"/>		

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.