

| | | |
|--|---|--|
| | Amministrazione destinataria Regione Abruzzo Ufficio destinatario Ufficio Protocollo | |
|--|---|--|

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 | Scala | Interno | SNC | CAP |
| | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | |
| Telefono cellulare | | Telefono fisso | | Posta elettronica ordinaria | | | Posta elettronica certificata | | | |
| | | | | | | | | | | |

CHIEDE

l'accesso al 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 | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | Residenza | | | | | | | | | | |
| | Provincia | Comune | | Indirizzo | | Civico | Barrato | Scala | Interno | SNC | CAP |
| | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | |
| | In qualità di (*) | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

In qualità di (*):

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

| con destinazione | | | | | | | | | | |
|------------------|--------|--|-----------|--|--------|---------|-------|---------|--------------------------|-----|
| Provincia | Comune | | Indirizzo | | Civico | Barrato | Scala | Interno | SNC | CAP |
| | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | |

| 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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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 | | | | | | | |
| Periodo | | | | | | | | | | | | | | |
| <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 | |
| | |

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

Elenco degli allegati

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

| | |
|--------------------------|---|
| <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

(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 istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica. |
|--------------------------|--|

| | | |
|--------------|-------------|-----------------------|
| | | |
| Luogo | Data | Il dichiarante |