

	Amministrazione destinataria Regione Basilicata 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
									☐	
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																																																																																														
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td colspan="3">Cognome</td> <td colspan="3">Nome</td> <td colspan="4">Codice Fiscale</td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>Sesso</td> <td colspan="2">Data di nascita</td> <td colspan="3">Luogo di nascita</td> <td colspan="4">Cittadinanza</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <th colspan="10">Residenza</th> </tr> <tr> <td>Provincia</td> <td colspan="2">Comune</td> <td colspan="2">Indirizzo</td> <td>Civico</td> <td>Barrato</td> <td>Scala</td> <td>Interno</td> <td>SNC</td> <td>CAP</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="11">In qualità di (*)</td> </tr> <tr> <td colspan="11"></td> </tr> </table>		Cognome			Nome			Codice Fiscale														Sesso	Data di nascita		Luogo di nascita			Cittadinanza														Residenza										Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP										☐		In qualità di (*)																					
Cognome			Nome			Codice Fiscale																																																																																									
Sesso	Data di nascita		Luogo di nascita			Cittadinanza																																																																																									
Residenza																																																																																															
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP																																																																																					
									☐																																																																																						
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
									☐	

per il periodo														
Periodo			Dal giorno		Dalle ore		Al giorno		Alle ore					
☐	singolo o multiplo													
Periodo										Dal giorno		Al giorno		
☐	ricorrente (*)													
	Ricorrenza			Lun	Mar	Mer	Gio	Ven	Sab	Dom	Dalle ore		Alle ore	
	☐	settimanale	ogni: settimane	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐				
	Ricorrenza										Dalle ore		Alle ore	
	☐	mensile	ogni giorno:	ogni: mesi										
	Ricorrenza										Dalle ore		Alle ore	
☐	mensile	ogni:					di ogni mesi							
Periodo														
☐	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)

☐	copia della documentazione medica ed eventuale verbale di invalidità civile
☐	copia del documento di identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i>
☐	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)

☐	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