

	<p>Amministrazione destinataria Comune di Sulmona</p> <p>Ufficio destinatario Servizi alla persona</p>	
---	--	--

## 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

<input type="radio"/>	per sè stesso																														
<input type="radio"/>	per il seguente familiare o tutelato																														
<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th colspan="2">Cognome</th> <th colspan="2">Nome</th> <th>Codice Fiscale</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td></td> </tr> <tr> <th>Sesso</th> <th>Data di nascita</th> <th>Luogo di nascita</th> <th colspan="2">Cittadinanza</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <th colspan="5">In qualità di (*)</th> </tr> <tr> <td colspan="5"></td> </tr> </tbody> </table>		Cognome		Nome		Codice Fiscale						Sesso	Data di nascita	Luogo di nascita	Cittadinanza							In qualità di (*)									
Cognome		Nome		Codice Fiscale																											
Sesso	Data di nascita	Luogo di nascita	Cittadinanza																												
In qualità di (*)																															

*In qualità di (\*)*:

curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale

attualmente residente in									
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP	
							<input type="checkbox"/>		

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	

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 veritiere e di falsità in atti,

#### DICHIARA

- che tutte le informazioni riportate nel seguente modulo corrispondono a verità e che non sono stati omessi dati importanti
- di impegnarsi a comunicare immediatamente ogni variazione delle situazioni che sono state determinanti per la quantificazione della quota di contribuzione personale al servizio ed in particolare quelle attinenti alla situazione economica ed alla composizione del nucleo familiare
- di autorizzare questo Ente ad effettuare presso le sedi competenti controlli diretti ad accertare la veridicità dei dati forniti. In caso di opposizione ai suddetti controlli le prestazioni non potranno essere concesse

**Eventuali annotazioni**

--

**Elenco degli allegati**

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

<input type="checkbox"/>	copia del verbale di invalidità per il riconoscimento dell'handicap ai sensi dell'art. 3 della Legge 104/92
<input type="checkbox"/>	copia del documento di identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i>
<input type="checkbox"/>	copia del documento d'identità del beneficiario <i>(da allegare se il beneficiario è diverso dal richiedente)</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.
--------------------------	--

Sulmona		
Luogo	Data	Il dichiarante