



Amministrazione destinataria

Regione Piemonte

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	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 per anziani e disabili

- per sè stesso
- per il seguente familiare o tutelato

Cognome	Nome	Codice Fiscale							
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza						
Residenza	Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
								<input type="checkbox"/>	

### in qualità di (\*)

Ruolo

In qualità di (\*):

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

### con destinazione

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

## per il periodo

Periodo singolo o multiplo

periodo singolo o multiplo

Dal giorno

Dalle ore

Al giorno

Alle ore


Ricorrenza giornaliera

ogni giorno

Dal giorno

Dalle ore

Al giorno

Alle ore


Ricorrenza settimanale

ogni settimana

Dal giorno

Dalle ore

Al giorno

Alle ore

Lun	Mar	Mer	Gio	Ven	Sab	Dom
<input type="checkbox"/>						
Dal giorno	Dalle ore			Al giorno		Alle ore

Ricorrenza mensile

ogni mese

Ricorrenza (ad esempio "ogni 15 del mese")			
ogni		del mese	

Ricorrenza mensile

ogni mese

Dal giorno	Dalle ore	Al giorno	Alle ore

Ricorrenza (ad esempio "ogni primo lunedì del mese")

ogni  del mese

Altro periodo

altro periodo

Descrizione

--

## 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

#### *Grado di parentela (\*)*

*coniuge, convivente, dichiarante, figlio/figlia, fratello/sorella, genitore, suocero/suocera, genero/nuora, altro parente o affine*

*Professione (\*\*)*

*studente, dirigente, quadro, impiegato, operaio, imprenditore, libero professionista, lavoratore in proprio, socio di cooperativa, coadiuvante, casalinga, pensionato, disoccupato, infante, altro*

### *Disabilità (\*\*\*)*

nessuno 1%-33% 34%-45% 46%-50% 51%-66% 67%-74% 75%-99% 100%

### 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  
*(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.

Lugos

## Data

## Il dichiarante