

	Amministrazione destinataria Comune di Pregnana Milanese	
	Ufficio destinatario Servizi sociali	

Domanda di accesso al servizio di trasporto sociale assistenziale temporaneo

Il sottoscritto				
Cognome		Nome		Codice Fiscale
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza
Telefono fisso	Telefono cellulare	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata	

CHIEDE

l'accesso al servizio di trasporto sociale assistenziale temporaneo per

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

In qualità di ()*:

curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale

attualmente residente in					
Provincia	Comune		Indirizzo	Civico	CAP

per il seguente motivo	
Motivazione	
<input type="radio"/>	terapie sanitarie tempo medio
<input type="radio"/>	terapie sanitarie permanenti
<input type="radio"/>	visite sanitarie occasionali
<input type="radio"/>	altro servizio (specificare)

presso la seguente struttura sanitaria	
Denominazione	
Reparto	
Telefono	Responsabile di riferimento

alle seguenti condizioni	
Data iniziale	Data finale
Durata (in giorni)	Giorni della settimana
Orario iniziale	Orario finale
Condizioni del trasporto	

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

Pregnana Milanese		
Luogo	Data	Il dichiarante