

Amministrazione destinataria

Regione Molise

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
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)

Le comunicazioni relative al procedimento dovranno essere 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

**in qualità di (\*)**

Ruolo

In qualità di (\*):

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

### con destinazione

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
-----------	--------	-----------	--------	---------	-------	-------	-----	-----

## 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

--	--	--	--

Ricorrenza mensile

ogni mese

Lun

Mar

Mer

Gio

Ven

Sab

Dom

Dal giorno

Dalle ore

Al giorno

Alle ore

--	--	--	--

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 composta da

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

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

*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.

## Campobasso

Luogo

Data

## Il dichiarante