

Amministrazione destinataria

Regione Molise

Ufficio destinatario

Ufficio protocollo

Domanda di accesso al servizio di trasporto sociale assistenziale temporaneo**Il sottoscritto**

| | | |
|-------------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| Cognome | Nome | Codice Fiscale |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Data di nascita | Sesso | Luogo di nascita |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Cittadinanza | <input type="text"/> | |
| Residenza | | |
| Provincia | Comune | Indirizzo |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Civico | Barrato | Scala |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Piano | SNC | CAP |
| <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Telefono cellulare | Telefono fisso | Posta elettronica ordinaria |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Posta elettronica certificata | | <input type="text"/> |

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 sociale assistenziale temporaneo per

- ☐ per sè stesso
- ☐ per il seguente familiare o tutelato

| | | |
|--------------------------|--------------------------|----------------------|
| Cognome | Nome | Codice Fiscale |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Data di nascita | Sesso | Luogo di nascita |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Cittadinanza | <input type="text"/> | |
| Residenza | | |
| Provincia | Comune | Indirizzo |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Civico | Barrato | Scala |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Piano | SNC | CAP |
| <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| in qualità di (*) | | |
| Ruolo | | |
| <input type="text"/> | | |

In qualità di ():**amministratore di sostegno, curatore, esercente potestà genitoriale, familiare, tutore legale***presso la seguente struttura sanitaria**

| | |
|-------------------------|--------------------------|
| Denominazione struttura | |
| <input type="text"/> | |
| Sede | |
| Provincia | Comune |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Indirizzo | Civico |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Barrato | Scala |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Piano | SNC |
| <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> |
| CAP | <input type="text"/> |

alle seguenti condizioni

Data iniziale

Data finale

Orario iniziale

Orario finale

Giorni della settimana

- ☐ lunedì
- ☐ martedì
- ☐ mercoledì
- ☐ giovedì
- ☐ venerdì
- ☐ sabato
- ☐ domenica

Condizioni del trasportato

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 il nucleo familiare del beneficiario è composta da

| Cognome | Nome | Data di nascita | Grado di parentela (*) | Professione (**) | % Disabilità (***) |
|----------------------|----------------------|----------------------|------------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

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 (***)

nessuna, 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