

	<p style="text-align: center;">Amministrazione destinataria Regione Friuli Venezia Giulia</p> <p style="text-align: center;">Ufficio destinatario Ufficio Protocollo</p>	
--	--	--

Domanda di accesso al servizio di trasporto sociale assistenziale temporaneo

Il sottoscritto										
Cognome			Nome		Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
Residenza										
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
									<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		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										
Cognome		Nome		Codice Fiscale						
Sesso	Data di nascita	Luogo di nascita		Cittadinanza						
Residenza										
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
									<input type="checkbox"/>	
In qualità di (*)										

In qualità di ():*

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

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 trasportato

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

Luogo	Data	Il dichiarante
-------	------	----------------