

	Amministrazione destinataria Regione Friuli Venezia Giulia  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	Interno	SNC	CAP
									<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata			

### CHIEDE

l'accesso al servizio di trasporto per anziani e disabili

<input type="radio"/>	per sè stesso																																																																																														
<input type="radio"/>	per il seguente familiare o tutelato																																																																																														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="3">Cognome</td> <td colspan="3">Nome</td> <td colspan="4">Codice Fiscale</td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>Sesso</td> <td colspan="2">Data di nascita</td> <td colspan="3">Luogo di nascita</td> <td colspan="4">Cittadinanza</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <th colspan="10">Residenza</th> </tr> <tr> <td>Provincia</td> <td colspan="2">Comune</td> <td colspan="2">Indirizzo</td> <td>Civico</td> <td>Barrato</td> <td>Scala</td> <td>Interno</td> <td>SNC</td> <td>CAP</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="11">In qualità di (*)</td> </tr> <tr> <td colspan="11"></td> </tr> </table>	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 (*)																					
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

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

per il periodo												
Periodo			Dal giorno		Dalle ore		Al giorno		Alle ore			
<input type="radio"/>	singolo o multiplo											
Periodo										Dal giorno		Al giorno
<input type="radio"/>	ricorrente (*)											
	Ricorrenza			Lun	Mar	Mer	Gio	Ven	Sab	Dom	Dalle ore	Alle ore
	<input type="radio"/>	settimanale	ogni: settimane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Ricorrenza										Dalle ore	Alle ore
	<input type="radio"/>	mensile	ogni giorno:	ogni: mesi								
	Ricorrenza										Dalle ore	Alle ore
<input type="radio"/>	mensile	ogni:					di ogni mesi					
Periodo												
<input type="radio"/>	altro periodo (specificare)											

Esempi di compilazione per periodo ricorrente (\*):

esempio ricorrenza settimanale: "ogni 2 settimane **Mar** dalle ore 17:00 alle ore 22:00"

esempio ricorrenza mensile: "ogni giorno 5 ogni 3 mesi dalle ore 17:00 alle ore 22:00"

esempio ricorrenza mensile: "ogni **primo lunedì** di ogni 2 mesi dalle ore 17:00 alle ore 22:00"

per il seguente motivo	
Motivazione	

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 di 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.
--------------------------	--

<b>Luogo</b>	<b>Data</b>	<b>Il dichiarante</b>