



Amministrazione destinataria
Comune di Gussago

Ufficio destinatario
Ufficio socio-assistenziale

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		
	In qualità di (*)		
Cognome		Nome	Codice Fiscale
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza

In qualità di (*):

curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale

attualmente residente in							
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Piano

per il seguente motivo	
Motivazione richiesta	
<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	

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 la condizione economica del nucleo familiare è

Importo ISEE	Data di rilascio	Numero di protocollo DSU

Eventuali annotazioni

Elenco degli allegati	
<i>(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)</i>	
<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	
<i>(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)</i>	
<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 dell'istanza.

Gussago		
Luogo	Data	Il dichiarante