


**Amministrazione destinataria**

Comune di Olbia

Ufficio destinatario

**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		Indirizzo			Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Provincia	Comune									<input type="checkbox"/>	
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)*

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

--

**CHIEDE**

l'accesso al servizio di trasporto per anziani e disabili

- per sé stesso  
 per il seguente familiare o tutelato

**soggetto interessato**

Cognome		Nome			Codice Fiscale						
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza						
Residenza		Indirizzo			Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Provincia	Comune									<input type="checkbox"/>	
Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, ecc.)											

**con destinazione**

- scuola
- struttura sanitaria
- centro di fisioterapia
- centro di aggregazione sociale
- altro *(specificare)*

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
<input type="checkbox"/>						
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

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

### 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.

Olbia

Luogo

Data

il dichiarante