

	Amministrazione destinataria Regione Emilia Romagna Ufficio destinatario Ufficio Protocollo	
--	--	--

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																																																																																																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <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="3">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="3"></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;"><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

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