



Amministrazione destinataria

Comune di Meda

Ufficio destinatario

Ufficio Servizi Sociali - Sportello
amministrativo

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 cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata

CHIEDE

l'accesso al servizio di trasporto sociale assistenziale temporaneo per

- per sè stesso
- per il seguente familiare o tutelato

Cognome		Nome		Codice Fiscale
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza

in qualità di (*)

Ruolo

In qualità di ():
amministratore di sostegno, curatore, esercente potestà genitoriale, familiare, tutore legale*

attualmente residente in

Provincia Comune Indirizzo Civico Barrato Scala Piano SNC CAP

per il seguente motivo

Motivazione

- terapie sanitarie tempo medio
- terapie sanitarie permanenti
- visite sanitarie occasionali
- 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)

- copia della dichiarazione ISEE
- copia della documentazione medica ed eventuale verbale di invalidità civile
- copia del documento d'identità
(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)
- 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)

- 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.

Meda		
Luogo	Data	Il dichiarante