

| | | |
|--|--|--|
| | Amministrazione destinataria Provincia Autonoma di Trento | |
| | 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 | | | | |
| Cognome | | | | | |
| | | | | | |
| 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)

- 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.

| | | |
|-------|------|----------------|
| Luogo | Data | Il dichiarante |
|-------|------|----------------|