Amministrazione destinataria

Comune di Montemurlo

Ufficio destinatario

Servizio Politiche sociali e intercultura

Richiesta del servizio di trasporto sociale

Il sottoscritto genitore, affidatario o tutore

Cognome | **Nome** | **Codice Fiscale**

Data di nascita | **Sesso** | **Luogo di nascita** | **Cittadinanza**

Residenza

Provincia | **Comune** | **Indirizzo** | **Civico** | **Barrato** | **Interno** | **Scala** | **Piano** | **SNC** ☐ | **CAP**

Telefono cellulare | **Telefono fisso** | **Posta elettronica ordinaria** | **Posta elettronica certificata**

Beneficiario del servizio

Cognome | **Nome** | **Codice Fiscale**

Data di nascita | **Sesso** | **Luogo di nascita** | **Cittadinanza**

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'iscrizione al servizio di trasporto come di seguito specificato

☐ viaggio di andata (con orario di partenza definito con la tabella di marcia e secondo l'itinerario pianificato e organizzato dall'associazione che effettua il servizio)

Luogo di partenza | **Luogo di arrivo** | **Orario di arrivo**

Nelle seguenti giornate

☐ lunedì

☐ martedì

☐ mercoledì

☐ giovedì

☐ venerdì

☐ viaggio di ritorno (con orario di partenza definito con la tabella di marcia e secondo l'itinerario pianificato e organizzato dall'associazione che effettua il servizio)

Luogo di partenza	Luogo di arrivo	Orario di arrivo

Nelle seguenti giornate

☐ lunedì

☐ martedì

☐ mercoledì

☐ giovedì

☐ venerdì

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 il beneficiario del servizio è impossibilitato all'uso dei mezzi pubblici per

○ invalidità civile

○ accertamento di condizione di disabilità

○ certificazione medica

☐ che sarà presente al momento della partenza e del rientro

☐ che in caso di assenza intende delegare la custodia a

Soggetto delegato

Cognome	Nome	Codice Fiscale

Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza

Residenza

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
							☐	

Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata

☐ di autorizzare il beneficiario del servizio ad usufruire del mezzo comunale e rientrare al domicilio senza la presenza di un adulto, in piena autonomia

☐ che comunicherà qualsiasi variazione inerente il trasporto ed in particolare l'inizio e il termine delle assenze scolastiche che dovessero verificarsi durante il periodo di servizio dandone pronta comunicazione ai numeri 0574.558556-558571-558524.

che oltre al richiedente e al beneficiario del servizio, in nucleo familiare si compone di

Cognome	Nome	Data di nascita	Grado di parentela (*)	Professione (**)

Grado di parentela (*)
adottato, bisnonno/bisnonna, cognato/cognata, convivente con vincoli di adozioneo affettivi, convivente in convivenza non affettiva, cugino/cugina, figliastro/figliastra, figlio/figlia, fratellastro/sorellastra, fratello/sorella, genero/nuora, intestatario, marito/moglie, nipote, nipote (collaterale), nipote (discendente), non definito/comunicato, nonno/nonna, padre/madre, patrigno/matrigna, pronipote (discendente), responsabile della convivenza non affettiva, suocero/suocera, tutore, unito civilmente, altro affine, altro parente

Professione (**)
imprenditore libero professionista, dirigente impiegato, lavoratore in proprio, operaio e assimilati, coadiuvante, casalinga, studente, disoccupato/in cerca di prima occupazione, pensionato/ritirato dal lavoro, altra condizione non professionale

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 del verbale sanitario contenente il giudizio espresso dall'INPS attestante la disabilità
- ☐ copia del verbale sanitario contenente il giudizio espresso dall'INPS attestante l'invalidità del 100% con accompagnamento
- ☐ 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.

Luogo	Data	il dichiarante
Montemurlo		