



Amministrazione destinataria

Comune di Montemurlo

Ufficio destinatario

Ufficio protocollo

Richiesta del servizio di trasporto sociale

Il sottoscritto genitore, affidatario o tutore

Cognome		Nome		Codice Fiscale				
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>				
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>				
Residenza								
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>				

Beneficiario del servizio

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Le comunicazioni relative al procedimento dovranno essere 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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nelle seguenti giornate		
<input type="checkbox"/> lunedì		
<input type="checkbox"/> martedì		
<input type="checkbox"/> mercoledì		
<input type="checkbox"/> giovedì		
<input type="checkbox"/> 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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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 handicap
- 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			
<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>			
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza			
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>			
Residenza									
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>			<input type="text"/>		

- 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 (*)

coniuge, figlio/figlia, fratello/sorella, genitore, suocero/suocera, genero/nuora, altro parente o affine, convivente

Professione (**)

studente, dirigente, quadro, impiegato, operaio, imprenditore, libero professionista, lavoratore in proprio, socio di cooperativa, coadiuvante, casalinga, pensionato, disoccupato, infante, altro

Eventuali annotazioni

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.

Montemurlo

Luogo

Data

Il dichiarante