



Al Sig. SINDACO
del Comune di RUBANO

Assistente Sociale responsabile del procedimento

ANNO _____

Il/La sottoscritto/a _____ codice fiscale _____
nato/a a _____ () il _____
residente a _____ cap _____
Indirizzo _____ n. _____ telefono _____
in qualità di _____ (familiare, persona che collabora per
l'assistenza. ...)

presenta domanda per:

SERVIZIO DI TRASPORTO MOBILITA' DEBOLE;

A favore della persona _____
Nato/a a _____ () il _____
Codice fiscale _____ residente a _____
Cap _____ indirizzo _____ n. _____
Telefono _____
Domiciliato/a a (indicare solo se diverso dalla residenza) _____ cap _____
Indirizzo _____ n. _____ telefono _____
Medico di medicina generale dott. _____
Indirizzo _____ n. _____ ()

A tale scopo,

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del D.P.R. 445/2000 e a conoscenza che i dati personali

forniti rientrano nel novero dei dati sensibili di cui all'art. 4, comma 1, lett. d) del Codice sulla privacy (D.lgs. 196/2003) e specificatamente nei dati personali idonei a rivelare lo stato di salute:

che:

Per il **Servizio di Trasporto Mobilità Debole** il valore dell'ISEE per prestazione sociale agevolata di natura socio sanitaria, del nucleo familiare anagrafico, ricavato dalla Dichiarazione Sostitutiva Unica, allegata alla presente domanda, e riferito ai redditi dell'anno _____ è di € _____.

Il/La sottoscritto/a prende atto che la presente richiesta deve essere accertata attraverso un colloquio con l'Assistente Sociale del Comune.

IL RICHIEDENTE

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.leg.vo del 30 giugno 2003, n. 196.

I dati e la documentazione saranno utilizzati esclusivamente per il procedimento per il quale sono stati forniti nel rispetto e tutela della privacy.

Si allega copia fotostatica del documento di identità personale valido;

TRASPORTI/mobilità debole/moduli/stampato domanda



SETTORE SERVIZI SOCIALI

Sottoscrizione Utenti

Il/La sottoscritt _____
nat_ a _____ il _____ residente a
RUBANO in Via _____ n. _____ sottoscrive la propria
adesione alla compartecipazione alla spesa per il **Servizio di Trasporto Mobilità Debole**, in
conformità ai provvedimenti adottati da questo Comune con delibera di Consiglio Comunale n. 32
del 07/06/2005 e delibera annuale di Giunta Comunale di approvazione delle tariffe dei servizi
pubblici comunali.

In caso di sospensione del Servizio, provvisoria e/o definitiva, si impegna a comunicarlo per iscritto
al Settore Interventi Sociali entro una settimana prima della data di cessazione e a saldare tutte
prestazioni usufruite fino a tale data.

Data _____

FIRMA UTENTE
