



COMUNE DI BOLTIERE

Ufficio Servizi alla Persona

Richiesta di servizio socio-assistenziale di trasporto sanitario

Il sottoscritto				
Cognome		Nome		Codice Fiscale
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		
Residenza				
Provincia	Comune		Indirizzo	Civico CAP
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata
Soggetto interessato				
<input type="radio"/>	Per sé stesso			
<input type="radio"/>	Per la persona di seguito specificata			

Cognome		Nome		Codice Fiscale
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		
Residenza				
Provincia	Comune		Indirizzo	Civico CAP
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata

In qualità di

CHIEDE

di usufruire del servizio socio-assistenziale di trasporto sanitario, per le seguenti motivazioni:	
<input type="radio"/>	Visite mediche ed esami specialistici
<input type="radio"/>	Ricovero e/o dimissioni ospedaliere
<input type="radio"/>	Cure e terapie riabilitative

per i giorni e le destinazioni che comunicherà direttamente alla Croce Bianca.

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

<input type="radio"/>	di avere compiuto 75 anni
<input type="radio"/>	di avere invalidità uguale o superiore al 75% (<i>allego certificazione INPS</i>)
<input type="radio"/>	di essere soggetto con gravi problemi di deambulazione
<input type="radio"/>	di essere soggetto non vedente
<input type="radio"/>	di essere soggetto in particolare stato di bisogno (valutazione da parte dell'Assistente Sociale Comunale)

Eventuali annotazioni

Prende atto, che l'Amministrazione Comunale acquisirà certificati relativi a stati, fatti e qualità personali risultanti dalla presente dichiarazione presso pubbliche amministrazioni, persone fisiche o giuridiche, ai fini della verifica di quanto dichiarato e dei controlli di legge;

Prende altresì atto, in caso di dichiarazione mendace, dell'esclusione dall'eventuale agevolazione, ai sensi dell'art. 75 del DPR 445/2000 e delle conseguenti sanzioni penali di cui all'art. 76 dello stesso decreto.

Elenco degli allegati	
<i>(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)</i>	
<input type="checkbox"/>	copia del documento di identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i>
<input type="checkbox"/>	altri allegati (specificare)
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

Informativa sul trattamento dei dati personali	
<i>(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)</i>	
<input type="checkbox"/>	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.

Boltiere		
Luogo	Data	Il dichiarante

