



Amministrazione destinataria

Comune di Palestrina

Ufficio destinatario

Area EQ - SETTORE Servizi Sociali

Domanda per il servizio di trasporto sociale

Il sottoscritto

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	Interno	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="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"/>					

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'attivazione del servizio di accompagnamento

Soggetto interessato

- riferito a sé stesso
 riferito alla persona di seguito specificata

soggetto interessato

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"/>	
Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, familiare, tutore legale, ecc.)					
<input type="text"/>					

per la seguente tratta

Da		A						
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"/>
A		A						
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"/>
Per il giorno		Ora di arrivo alla destinazione		Ora di riconsegna automezzo		Girone di riconsegna automezzo		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		
Motivazione								
<input type="text"/>								

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 l'automezzo verrà guidato da

Cognome	Nome	Codice fiscale	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Numero patente di guida	Rilasciata da	In data	Valida fino al
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

- dichiara di essere a conoscenza delle modalità di fruizione del servizio, secondo quanto stabilito con Regolamento comunale approvato con deliberazione del Commissario Straordinario con i poteri del Consiglio Comunale, 31-08-2023, n. 30
- di assumere la responsabilità civile e penale dei danni arrecati all'automezzo per il trasporto sociale del Comune di Palestrina, a persone o cose durante l'utilizzo dello stesso
- di impegnarsi a corrispondere l'importo relativo ad: eventuali sanzioni per violazione del Codice della Strada, danni economici cagionati da eventuali sinistri, danni e furti sollevando, l'Ente Comunale da qualsivoglia responsabilità
- che la persona per la quale si chiede il trasporto non si trova nelle seguenti condizioni: malato grave per ricovero ospedaliero; affetto da malattia contagiosa; ricovero urgente in ospedale; persone che necessita di particolare assistenza sanitaria, ammalato grave, che necessita di cure di emergenza o per i quali occorrono risorse o mezzi di trasporto specifici
- di possedere il seguente ISEE

Importo	Data di rilascio	Data di scadenza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
€		

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 della patente di guida del richiedente accompagnatore
- copia della documentazione comprovante la disabilità
- 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.

Palestrina

Luogo

Data

il dichiarante