



COMUNE DI CITTÀ SANT'ANGELO

Medaglia d'argento al Merito Civile

All'Ufficio Servizi Sociali
Comune di Città Sant'Angelo (Pe)

RICHIESTA ACCESSO AL TRASPORTO DISABILI

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
residente a _____ (____) CAP _____ in via _____ n. _____
tel. _____ cellulare _____ email _____
codice fiscale _____

in qualità di: **in qualità di:** genitore figlio/a nipote tutore/ads altro _____

CHIEDE

L'accesso al Servizio di Trasporto Disabili per _____
nato/a _____ il _____ Codice fiscale _____
residente a _____ (____) CAP _____ in via _____ n. _____

Il Trasporto dovrà avvenire dalla propria abitazione sita in via _____ al Centro di Riabilitazione
_____ sito in _____. I giorni e gli orari della terapia sono:

Particolari esigenze di assistenza all'interno del Centro di Riabilitazione:

Allega la seguente documentazione:

- Copia documento di riconoscimento
- Documentazione sanitaria beneficiario (certificazione L.104/92, art.3 co.3)

Data _____

Firma _____

Informativa ai sensi dell'art.13 del D. L. G. del 30/06/2003 n. 196 "cod. in materia di protezione dei dati personali. I dati personali contenuti nella presente domanda sono raccolti e conservati con modalità idonee a garantire la massima riservatezza e sicurezza presso gli archivi cartacei e informatizzati dell'Amministrazione Comunale di Città Sant'Angelo a cui è diretta l'istanza. Il contenuto dei dati è obbligatorio ed è finalizzato allo svolgimento delle funzioni previste dalla legge e regolamenti. I dati conferiti potranno essere comunicati e diffusi, anche per via telematica, per le stesse finalità di carattere istituzionale, comunque nel rispetto dei limiti previsti dall'art. 18 del D.L. 196/2003. Le ricordiamo che in qualità di interessato, lei può esercitare in qualsiasi momento i diritti previsti dall'art. 7, 8 e 9 del codice della privacy.

Data _____

Firma _____