Amministrazione destinataria



Comune di Pavia

Ufficio destinatario

Coordinamento Attività amministrativa

Domanda di accesso al servizio di trasporto sociale assistenziale temporaneo

Il sottoscritto Cognome Nome Codice Fiscale Cittadinanza Cittadinanza Frovincia Comune Indirizzo Posta elettronica ordinaria Comune Telefono cellulare Telefono fisso Posta elettronica ordinaria Posta elettronica certificata Civico Barrato Interno Scala Piano SNC Comune Comunicazioni relative al procedimento (articolo 3-bis, commo 4-quinquies del Decreto Legislativo 07703/2005, n. 82) Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronic CHIEDE L'accesso al servizio di trasporto sociale assistenziale temporaneo per CHIEDE C	
Cognome Nome Codice Fiscale	
Residenza Provincia Comune Indirizzo Civico Barrato Interno Scala Piano SMC Telefono cellulare Telefono fisso Posta elettronica ordinaria Posta elettronica certificata domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento (articolo 3-bis, commo 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 elettronic CHIEDE L'accesso al servizio di trasporto sociale assistenziale temporaneo per O per sé stesso O per il seguente familiare o tutelato soggetto interessato Cognome Nome Codice Fiscale Data di nascita Sesso Luogo di nascita Citadinanza Residenza Provincia Comune Indirizzo Civico Barrato Interno Scala Piano SMC Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, ecc.)	
Residenza Provincia Comune Indirizzo Civico Barrato Interno Scala Piano SNC Telefono cellulare Telefono fisso Posta elettronica ordinaria Posta elettronica certificata domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento (articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 92) II sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronic CHIEDE L'accesso al servizio di trasporto sociale assistenziale temporaneo per O per sé stesso O per il seguente familiare o tutelato soggetto interessato Cognome Nome Codice Fiscale Pata di nascita Sesso Luogo di nascita Citadinanza Residenza Provincia Comune Indirizzo Civico Barrato Interno Scala Piano SNC Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, ecc.)	
Provincia Comune Indirizzo Civico Barrato Interno Scala Piano SNC Telefono cellulare Telefono fisso Posta elettronica ordinaria Posta elettronica certificata 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 elettronic CHIEDE l'acccesso al servizio di trasporto sociale assistenziale temporaneo per O per sé stesso O per il seguente familiare o tutelato soggetto interessato Cognome Nome Codice Fiscale Data di nascita Sesso Luogo di nascita Cittadinanza Residenza Provincia Comune Indirizzo Civico Barrato Interno Scala Piano SNC Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, ecc.)	
Provincia Comune Indirizzo Civico Barrato Interno Scala Piano SNC Telefono cellulare Telefono fisso Posta elettronica ordinaria Posta elettronica certificata 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 elettronic CHIEDE l'acccesso al servizio di trasporto sociale assistenziale temporaneo per O per sé stesso O per il seguente familiare o tutelato soggetto interessato Cognome Nome Codice Fiscale Data di nascita Sesso Luogo di nascita Cittadinanza Residenza Provincia Comune Indirizzo Civico Barrato Interno Scala Piano SNC Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, ecc.)	
Provincia Comune Indirizzo Civico Barrato Interno Scala Piano SNC Telefono cellulare Telefono fisso Posta elettronica ordinaria Posta elettronica certificata 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 elettronic CHIEDE l'acccesso al servizio di trasporto sociale assistenziale temporaneo per O per sé stesso O per il seguente familiare o tutelato soggetto interessato Cognome Nome Codice Fiscale Data di nascita Sesso Luogo di nascita Cittadinanza Residenza Provincia Comune Indirizzo Civico Barrato Interno Scala Piano SNC Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, ecc.)	
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 elettronic CHIEDE L'accesso al servizio di trasporto sociale assistenziale temporaneo per o per sé stesso per il seguente familiare o tutelato soggetto interessato Cognome Nome Codice Fiscale Data di nascita Sesso Luogo di nascita Cittadinanza Residenza Provincia Comune Indirizzo Civico Barrato Interno Scala Plano SNC Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, ecc.)	САР
domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento (articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativa 07/03/2005, n. 82) Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronic CHIEDE L'accesso al servizio di trasporto sociale assistenziale temporaneo per per sé stesso per il seguente familiare o tutelato soggetto interessato Cognome Nome Codice Fiscale Data di nascita Sesso Luogo di nascita Cittadinanza Residenza Provincia Comune Indirizzo Civico Barrato Interno Scala Piano SNC Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, ecc.)	
CHIEDE Caccesso al servizio di trasporto sociale assistenziale temporaneo per	
CHIEDE	
(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 elettronic CHIEDE I'accesso al servizio di trasporto sociale assistenziale temporaneo per per sé stesso per il seguente familiare o tutelato soggetto interessato Cognome Nome Codice Fiscale Data di nascita Sesso Luogo di nascita Cittadinanza Residenza Provincia Comune Indirizzo Civico Barrato Interno Scala Piano SNC Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, ecc.)	
CHIEDE	
CHIEDE L'accesso al servizio di trasporto sociale assistenziale temporaneo per per sé stesso per il seguente familiare o tutelato soggetto interessato Cognome Nome Codice Fiscale Data di nascita Sesso Luogo di nascita Cittadinanza Residenza Provincia Comune Indirizzo Civico Barrato Interno Scala Piano SNC Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, ecc.)	
CHIEDE l'accesso al servizio di trasporto sociale assistenziale temporaneo per organi per sé stesso organi per il seguente familiare o tutelato soggetto interessato Cognome Nome Codice Fiscale Data di nascita Sesso Luogo di nascita Cittadinanza Residenza Provincia Comune Indirizzo Civico Barrato Interno Scala Piano SNC Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, ecc.)	
l'accesso al servizio di trasporto sociale assistenziale temporaneo per O per sé stesso O per il seguente familiare o tutelato soggetto interessato Cognome Nome Codice Fiscale Data di nascita Sesso Luogo di nascita Cittadinanza Residenza Provincia Comune Indirizzo Civico Barrato Interno Scala Piano SNC Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, ecc.)	
l'accesso al servizio di trasporto sociale assistenziale temporaneo per organica per il seguente familiare o tutelato soggetto interessato Cognome Nome Codice Fiscale Data di nascita Sesso Luogo di nascita Cittadinanza Residenza Provincia Comune Indirizzo Civico Barrato Interno Scala Piano SNC Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, ecc.)	
l'accesso al servizio di trasporto sociale assistenziale temporaneo per organica per il seguente familiare o tutelato soggetto interessato Cognome Nome Codice Fiscale Data di nascita Sesso Luogo di nascita Cittadinanza Residenza Provincia Comune Indirizzo Civico Barrato Interno Scala Piano SNC Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, ecc.)	
○ per sé stesso ○ per il seguente familiare o tutelato soggetto interessato Cognome Nome Codice Fiscale Data di nascita Sesso Luogo di nascita Cittadinanza Provincia Comune Indirizzo Civico Barrato Interno Scala Piano SNC Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, ecc.)	
per il seguente familiare o tutelato soggetto interessato Cognome Nome Codice Fiscale Data di nascita Sesso Luogo di nascita Cittadinanza Residenza Provincia Comune Indirizzo Civico Barrato Interno Scala Piano SNC Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, ecc.)	
per il seguente familiare o tutelato soggetto interessato Cognome Nome Codice Fiscale Data di nascita Sesso Luogo di nascita Cittadinanza Residenza Provincia Comune Indirizzo Civico Barrato Interno Scala Piano SNC Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, ecc.)	
soggetto interessato Cognome Nome Codice Fiscale Data di nascita Sesso Luogo di nascita Cittadinanza Residenza Provincia Comune Indirizzo Civico Barrato Interno Scala Piano SNC Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, ecc.)	
Cognome Nome Codice Fiscale Data di nascita Sesso Luogo di nascita Cittadinanza Residenza Provincia Comune Indirizzo Civico Barrato Interno Scala Piano SNC Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, ecc.)	
Cognome Nome Codice Fiscale Data di nascita Sesso Luogo di nascita Cittadinanza Residenza Provincia Comune Indirizzo Civico Barrato Interno Scala Piano SNC Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, ecc.)	
Residenza Provincia Comune Indirizzo Civico Barrato Interno Scala Piano SNC Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, ecc.)	
Residenza Provincia Comune Indirizzo Civico Barrato Interno Scala Piano SNC Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, ecc.)	
Provincia Comune Indirizzo Civico Barrato Interno Scala Piano SNC Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, ecc.)	
Provincia Comune Indirizzo Civico Barrato Interno Scala Piano SNC Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, ecc.)	
Provincia Comune Indirizzo Civico Barrato Interno Scala Piano SNC Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, ecc.)	
	CAP
presso la seguente struttura sanitaria	
presso la seguente struttura sanitaria	
presso la seguente struttura sanitaria	
P. appe in a 29 activity and interior	
Denominazione struttura	
Sede Sede	
Provincia Comune Indirizzo Civico Barrato Interno Scala Piano SNC	
	CAP

alle seguenti condizioni Data iniziale			Data finale				
Orario iniziale			Orario finale				
Ordino imalare			Crano imaic				
Giorni della settimana lunedì							
martedî							
☐ mercoledì							
giovedì							
venerdì							
sabato							
domenica							
Condizioni del trasportato							
per il seguente motivo							
Motivazione							
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,							
Che il nucleo familiare del beneficiario è composto da							
componente n. 1		Nome		Codice Fiscale			
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza			
Stato civile			Rapporto di parentela				
Professione			% Disabilità				
componente n. 2							
Cognome		Nome		Codice Fiscale			
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza			
Stato civile			Rapporto di parentela				
Professione			% Disabilità				

componente n. 3		Nome		Codice Fiscale				
Data di sassita	S	Lucas di assetta		Cita diagna				
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
Stato civile			Rapporto di parentela					
Professione			% Disabilità					
Cognome		Nome		Codice Fiscale				
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
Stato civile	Stato civile Rapporto di parentela							
Professione			% Disabilità					
Eventuali annotazioni (numero massimo d	li caratteri: 80	0)						
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 documentazione medica ed eventuale verbale di invalidità civile								
□ 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.								
Pavia								