

CITTÁ DI TRICASE

Provincia di Lecce

**Assessorato alle Politiche Sociali**

**DOMANDA DI ISCRIZIONE AL SERVIZIO TRASPORTO GRATUITO ALLE MARINE PER LE PERSONE CON DISABILITÁ PSICOMOTORIA ACCERTATA**

Il/La Sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nato/a

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Prov.\_\_\_\_\_) il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Via/Piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

n.\_\_\_\_Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cell.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

C. F.

**C H I E DE**

di usufruire del suddetto servizio come di seguito specificato:

**Luglio 🞏 Agosto 🞏** (Crociare la preferenza)

**Lunedì 🞏; Martedì 🞏; Mercoledì 🞏; Giovedì 🞏; Venerdì 🞏; Sabato 🞏**(Crociare la preferenza)

**Andata: ore 8,30 🞏; ore 9,30 🞏; ore 10,30 🞏** (Crociare la preferenza)

Per il **Ritorno** si cercherà di venire incontro agli utenti nel rispetto delle diverse esigenze e necessità e non oltre le **ore 13.00.**

Il sottoscritto dichiara, ai sensi del D. Lgs. n.196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali) di prestare il proprio consenso al trattamento, da parte del Comune di Tricase, dei dati personali da utilizzare in relazione al servizio richiesto con la presente domanda.

Tricase, lì\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Firma del/della richiedente o di un familiare maggiorenne