Al COMUNE DI TRICASE

Settore Servizi Socio Assistenziali

DOMANDA PER L’ACCESSO AL SERVIZIO DI TRASPORTO GRATUITO

VERSO LE MARINE

RISERVATO A PERSONE CON DISABILITA’ E RIDOTTA MOBILITA’

Il/La Sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Prov.\_\_\_\_\_) il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In Via/Piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_

mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cell.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Per conto:

* proprio
* di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ e residente a Tricase in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_

**C H I E DE**

di poter usufruire del servizio di trasporto gratuito verso le marine, riservato a persone con disabilita’ e ridotta mobilita’ dichiarando sotto la propria responsabilità:

* Di essere persona con disabilità e mobilità ridotta;
* Di essere in possesso di certificazione medica relativa all’invalidità;
* Di avere necessità della costante presenza di un assistente personale di cui chiede il contestuale trasporto;
* Di essere residente nel Comune di Tricase
* di usufruire del suddetto serviziopreferibilmente in orario:
* antimeridiano;
* Pomeridiano;

Allega:

- documentazione attestante la disabilità;

- copia del proprio documento di riconoscimento in corso di validità;

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 ed alle attività connesse e collegate.

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

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Firma del/della richiedente