



COMUNE DI CARLOFORTE

Provincia del Sud Sardegna

Area Servizi Sociali, Sport, Spettacolo, Turismo, Contenzioso, Servizi Demografici,
Elettorale e Statistica

MODULO PRENOTAZIONE INTERVENTO TAXI SOCIALE

(DA FAR PERVENIRE ALMENO 6 GIORNI DI ANTICIPO DELLA VISITA DA EFFETTUARE)

Prot. N° _____ del _____

All' Ufficio Servizi Sociali
Comune di Carloforte

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____ residente a Carloforte
in _____ n° _____ C.F. _____
telefono _____ Mail _____ @ _____

in qualità di:

- Diretto interessato
- titolare della responsabilità genitoriale;
- incaricato della tutela;
- amministratore di sostegno;
- familiare di riferimento (indicare il rapporto di parentela) _____

per la persona di seguito indicata:

nominativo _____ nat_ a _____ il _____,
residente a Carloforte in Via _____ n° _____
domiciliat_ a **(se diverso dalla residenza)** _____ in Via _____ n° _____
Cod.Fisc. _____ tel. _____ cell. _____

CHIEDE

- di poter beneficiare del Servizio Taxi Sociale

DATA EFFETTUAZIONE DEL TRASPORTO

DESTINAZIONE DEL TRASPORTO

ORA DI ARRIVO A DESTINAZIONE



COMUNE DI CARLOFORTE

Provincia del Sud Sardegna

Area Servizi Sociali, Sport, Spettacolo, Turismo, Contenzioso, Servizi Demografici,
Elettorale e Statistica

TEMPI PRESUNTI DI PERMANENZA PRESSO LA DESTINAZIONE

EVENTUALE PRESENZA DI UN ACCOMPAGNATORE

A TAL FINE

consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti o uso di atti falsi, oltre alle sanzioni penali previste dall'art.76 D.P.R n.445/2000, l'Amministrazione provvederà alla revoca dei benefici eventualmente concessi, come previsto dall'art.75 D.P.R. n.445/2000, nonché di quanto previsto dall'art.71, comma 3, D.P.R. n.445/2000;

DICHIARA

- di trovarsi nelle seguenti condizioni:
 - difficoltà momentanea/permanente di spostamento;
 - mancanza di una rete parentale;
 - di conoscere e accettare le condizioni stabilite nel regolamento allegato al presente modulo;
 - di essere in possesso della certificazione attestante la condizione di handicap della legge 104/92 (solo se in possesso);
 - di essere in possesso della certificazione attestante la condizione di invalidità;

AUTORIZZA ai sensi dell'art. 71 comma 4 del DPR 445/2000 e s.m.i. ad effettuare i dovuti controlli di veridicità presso gli enti competenti in relazione alle dichiarazioni effettuate, trasmettendo, anche telematicamente, copia della presente unitamente ad una richiesta formale di verifica della rispondenza al vero di quanto dichiarato.

DICHIARA infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 Regolamento (UE) 2016/679 (Codice in materia di protezione dei dati personali), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Carloforte lì _____

Il Dichiarante
