



# 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

\_\_\_\_\_