

All'Ufficio Servizi Sociali
del Comune di
PONTE SAN NICOLÒ

Il/La Sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ e residente a Ponte San Nicolò, in Via _____ n. _____
tel. _____ altro recapito telef. (cellulare-ufficio ecc.) _____
Mail _____

C H I E D E

di poter usufruire del trasporto "Fasce deboli" comunale per cittadini anziani ed invalidi per l'accompagnamento a visite mediche, a strutture sanitarie ed eventuali altre mete concordate.

Dichiara che il proprio nucleo familiare è di n. __ persone di cui n. __ ultrasessantacinquenni e n. __ invalidi civili sup al 33%.

Si impegna con il presente a pagare la quota stabilita per ogni trasporto usufruito e a comunicare giorni ed orari con almeno una settimana di anticipo.

Esenta questo Ente da ogni e qualsiasi responsabilità per eventi che riguardino la propria incolumità nel periodo antecedente e successivo al trasporto vero e proprio.

Si impegna altresì a comunicare all'Ufficio Servizi Sociali o direttamente all'autista dell'autovettura comunale ogni mancato utilizzo del servizio.

Si prende atto che ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs n. 193/2003 i dati personali saranno utilizzati esclusivamente per l'adempimento di obblighi connessi all'evasione della presente istanza.

Titolare del trattamento dei dati personali: Comune di Ponte San Nicolò PD

Responsabile del trattamento dei dati personali: La Responsabile del V Settore Servizi alla Persona: dott.ssa Laura Infante;

Entrambi domiciliati per tale incarico presso il Palazzo Municipale di Viale del Lavoro 1.

Ponte San Nicolò _____

Firma
