



AL SETTORE SERVIZI SOCIALI  
DEL COMUNE DI  
RUBANO  
Via Rossi n.11  
35030 RUBANO

Assistente Sociale responsabile del procedimento

\_\_\_\_\_

ANNO \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_ (familiare, persona che collabora per  
l'assistenza. ...)

presenta domanda per:

**SERVIZIO DI TRASPORTO DI MOBILITA' DEBOLE;**

A favore della persona \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
Cap \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_  
Domiciliato/a a (indicare solo se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_  
Medico di medicina generale dott. \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

DICHIARA che:

per il **Servizio di Trasporto Mobilità Debole** il valore dell'ISEE in corso di validità, per prestazione sociale agevolata di natura socio sanitaria, del nucleo familiare anagrafico, ricavato dalla Dichiarazione Sostitutiva Unica, allegato alla presente domanda è di €

\_\_\_\_\_.

Dichiara altresì:

- di aver preso visione delle informazioni relative al trattamento dei suoi dati personali, rese ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento e autorizza il trattamento di categorie particolari di dati ai sensi dell'art. 9 del Regolamento.

I dati personali raccolti con la presente domanda verranno trattati dal Comune di Rubano nel rispetto dei principi del Regolamento Ue n. 2016/679 e del d. lgs. n. 196 del 2003, come successivamente modificato, nonché secondo le modalità, finalità e limiti indicati nel documento informativo disponibile presso l'Ufficio Servizi-Sociali,Erp e pubblicato nel sito web ([www.rubano.it](http://www.rubano.it)).

- di essere a conoscenza che, ai sensi del del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 il beneficiario potrà essere sottoposto al controllo della veridicità delle dichiarazioni sostitutive di certificazioni ed atti di notorietà e sarà tenuto a dimostrare quanto dichiarato. Per l'effettuazione del controllo delle attestazioni ISEE il Comune si avvarrà dell'accesso alla banca dati dell'INPS (Istituto Nazionale della Previdenza Sociale).

Il/La sottoscritto/a prende atto che la presente richiesta deve essere accertata attraverso un colloquio con l'Assistente Sociale del Comune.

IL RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_

**Si allega copia fotostatica del documento di identità personale valido.**



## SETTORE SERVIZI SOCIALI

### Sottoscrizione Utenti

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_  
nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a  
RUBANO in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ sottoscrive la propria  
adesione alla compartecipazione alla spesa per il **Servizio di Trasporto Mobilità Debole**  
quantificata in euro \_\_\_\_\_ orarie, in conformità ai provvedimenti adottati da questo Comune  
con delibera di Consiglio Comunale n. 32 del 07/06/2005 e delibera annuale di Giunta Comunale di  
approvazione delle tariffe dei servizi pubblici comunali.

In caso di sospensione del Servizio, provvisoria e/o definitiva, si impegna a comunicarlo per iscritto  
al Settore Interventi Sociali entro una settimana prima della data di cessazione e a saldare tutte  
prestazioni usufruite fino a tale data.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA UTENTE

\_\_\_\_\_