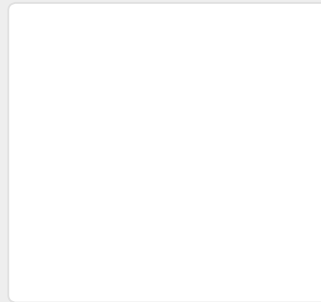
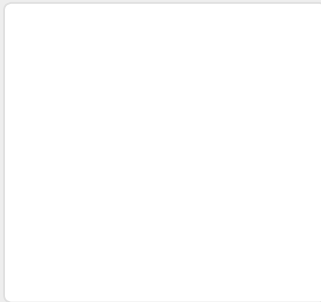




Amministrazione destinataria  
 Comune di Piacenza  
 Ufficio destinatario  
 Servizio Sociale

## Domanda di concessione di buoni taxi a favore di soggetti con limitata capacità motoria

Sezione dedicata all'apposizione delle fototessere:



(Attenzione: si ricorda che sarà necessario consegnare due fototessere uguali e recenti per ciascuna persona al momento del rilascio dei buoni)

### Il sottoscritto

|                    |                |                             |                  |        |                               |       |       |                              |     |
|--------------------|----------------|-----------------------------|------------------|--------|-------------------------------|-------|-------|------------------------------|-----|
| Cognome            |                | Nome                        |                  |        | Codice Fiscale                |       |       |                              |     |
| Data di nascita    |                | Sesso                       | Luogo di nascita |        | Cittadinanza                  |       |       |                              |     |
| Residenza          |                |                             |                  |        |                               |       |       |                              |     |
| Provincia          | Comune         | Indirizzo                   |                  | Civico | Barrato                       | Scala | Piano | SNC <input type="checkbox"/> | CAP |
| Telefono cellulare | Telefono fisso | Posta elettronica ordinaria |                  |        | Posta elettronica certificata |       |       |                              |     |

### domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

*(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)*

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

- Per la propria persona  
 con necessità di accompagnatore

**Dati dell'accompagnatore**

|                        |                      |                         |                      |
|------------------------|----------------------|-------------------------|----------------------|
| <b>Cognome</b>         | <b>Nome</b>          | <b>Codice Fiscale</b>   |                      |
| <input type="text"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/>    |                      |
| <b>Data di nascita</b> | <b>Sesso</b>         | <b>Luogo di nascita</b> | <b>Cittadinanza</b>  |
| <input type="text"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/>    | <input type="text"/> |

- In qualità di  
 genitore  
 Tutore

**Dati del minore**

|                        |                      |                         |                      |
|------------------------|----------------------|-------------------------|----------------------|
| <b>Cognome</b>         | <b>Nome</b>          | <b>Codice Fiscale</b>   |                      |
| <input type="text"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/>    |                      |
| <b>Data di nascita</b> | <b>Sesso</b>         | <b>Luogo di nascita</b> | <b>Cittadinanza</b>  |
| <input type="text"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/>    | <input type="text"/> |

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

**DICHIARA**

- valore ISEE ordinario minore o uguale a € 20.000,00  
 certificazione di invalidità totale 100%  
 in attesa della certificazione di invalidità totale, in situazione di reale esigenza di cicli di cura o terapie riabilitative, documentata da certificato del medico curante  
 emodializzato/ sottoposto a chemioterapia, in attesa di certificazione d'invalidità

**CHIEDE**

- lavoro, studio e formazione per motivi di lavoro  
 cure, terapie riabilitative e visite mediche  
 tempo libero

### Elenco degli allegati

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

- copia del documento di identità  
*(da allegare se il modulo è presentato in forma cartacea e sottoscritto con firma autografa)*
- copia del documento di identità del minore
- copia del permesso di soggiorno in corso di validità del dichiarante
- copia del permesso di soggiorno in corso di validità del minore
- copia del permesso di soggiorno in corso di validità dell'accompagnatore
- certificazione di invalidità / legge 104/92 art. 3 comma 3
- certificato del medico curante (in quanto in attesa della certificazione di invalidità)
- altri allegati

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

### Informativa sul trattamento dei dati personali

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Piacenza

Luogo

Data

il dichiarante