



COMUNE DI POGLIANO MILANESE
Settore Servizi Sociali
Richiesta di SERVIZIO TRASPORTO

Il/la sottoscritto/a _____ C.F. _____
residente a _____ Via/P.zza _____ n° _____
tel. _____

CHIEDE DI ACCEDERE AL SERVIZIO TRASPORTO ANZIANI AUTOSUFFICIENTI

DICHIARA

- ☐ di essere anziano ultrasessantacinquenne autosufficiente;
- ☐ di essere utente in carico al servizio sociale;
- ☐ di essere paziente oncologico
- ☐ di possedere un ISEE complessivo di € _____;

SI IMPEGNA

- a provvedere al pagamento del servizio se dovuto, tramite le modalità indicate dall'Ufficio Servizi Sociali.

Pogliano Milanese, _____

Documentazione allegata:

- certificato di prenotazione visita / terapia
- mod. ISEE
- Carta di Identità

In osservanza della legge sulla tutela dei dati personali D.L. 196/2003 e GDPR 2016/679 si informa che i dati personali, anche di natura sensibile, che si chiede di fornire sono obbligatori per poter accedere al servizio richiesto. Tali dati saranno trattati solo per i fini connessi all'erogazione di tale servizio.