



## ISTANZA SERVIZIO DI TRASPORTO DISABILI E PERSONE ANZIANE

ALL'ASSOCIAZIONE ATLANTIS 27  
**SEDE**

Il/La sottoscritto/a.....nato a  
.....

il..... residente

a.....via.....n.....

cap.....tel.....

Cell.....

e-mail.....

.....

### CHIEDE

il servizio di trasporto presso .....

il servizio di trasporto riabilitativo.....;

Per se

Per il proprio figlio/a

Nome.....Cognome.....nato/a

a.....

il.....

### DICHIARA

sotto la propria responsabilità Consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono punite ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali vigenti in materia

Di essere in una delle seguenti condizioni:

- frequenza ai centri riabilitativi
- famiglia composta da soli anziani e/o disabili;
- soggetti appartenenti a nuclei familiari con svantaggio socio economico
- nuclei mono-genitoriali;

ALLEGA:

- Verbale di accertamento legge 104 /92 in corso di validità
- Fotocopia del documento di riconoscimento e tessera sanitaria del richiedente e del beneficiario;

Data

Firma

---

Autorizzo il trattamento dei dati personali sopra indicati e dei dati sensibili contenuti nella documentazione allegata alla presente ai sensi del Decreto Legislativo 30.06.2003 n.196.

Firma

---