Il/la sottoscritto/a		
nato/a a	() il	e residente
a	in via/piazza	nn
C. F	tel	cell
	ento per l'accesso alle prestazioni so di Civitavecchia, approvato con De	ociali agevolate, agli interventi ed ai liberazione di Consiglio Comunale n.
	CHIEDE	
☐ per sé stesso ☐ per il/la sig./ra		
nato/a a	() il	e residente
a	in via/piazza	nn
C. F	tel	cell
di poter usufruire del: Servizio di trasporto s		
(Ai sensi degli art. 46, 47 e 76 d di essere:	DICHIARA el D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanz	ioni penali in caso di dichiarazioni mendaci)
☐ cittadino italiano		
	ppartenente all'Unione Europea;	
-	•	ropea, in possesso del permesso di
	11	_, rilasciato il
		del D. lgs, 286/98 e successive
modificazioni della durata		2. 1gs, 20070 C Successive
☐ residente nel Comune d		
□ coniugato □ nubile/o		e separato/a divorziato/a
<u> </u>	mentanea o permanente difficoltà di	1
	-	sopperire alla mancanza di familiari;
impossibilitato ad usufr	_	

☐ che il protocollo della Dichiarazione S	Sostituti	va Ur	nica r	esa	ai fir	ni de	l rila	ascio	dell	'atte	stazi	one
ISEE in data	• • • • • • • • •	è il	segu	ente	»:							
PROT. INPS-ISEE												
(Non saranno prese in considerazione le Dichiaraz consegna della domanda di accesso alla prestazion					e ripo	rtano	una o	lata su	ccess	siva a	ı quell	la di
☐ di percepire un reddito non assoggettab (specificare se l'importo dichiarato è an ☐ Rendite INAIL pari ad Euro ☐ Assegno sociale pari ad Euro ☐ Indennità di accompagnamento ☐ Indennità di frequenza pari ad E ☐ Indennità di comunicazione pari ☐ Pensioni di guerra pari ad Euro ☐ Contributi di altri enti pari ad Eu ☐ Altro (specificare)	pari ad l Juro i ad Euro uro	Euro	sile)									
di essere informato/a che, qualora risult del servizio di assistenza domiciliare, l'at del modulo di impegno al pagamento.						-			-			
l sottoscritto/a chiede che tutte le comunicazioni inerenti alla presente domanda, siano inviate al seguente indirizzo, impegnandosi a comunicare tempestivamente per iscritto ogni variazione dello stesso.												
NomeCogn	ome											_
Via/Piazza				_ n.				C.A.	P			
Comune	(Prov)	Tel./0	Cell.								
Email												
Pec												

ALLA DOMANDA DOVRÀ ESSERE ALLEGATA:

- 1) FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITA' VALIDO DI COLUI/EI CHE SOTTOSCRIVE LA DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA;
- 2) VERBALE DI ACCERTAMENTO DELL'INVALIDITA' CIVILE RILASCIATO DALLA ASL:
- 3) CERTIFICAZIONE ATTESTANTE IL RICONOSCIMENTO DELL'HANDICAP GRAVE AI SENSI DELL'ART.3 COMMA 3 DELLA LEGGE N.104/92.

DATA	FIRMA

Informativa ai sensi art. 13 Regolamento UE 2016/679 (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati)

La informiamo che i dati raccolti saranno trattati ai sensi della normativa vigente in tema di protezione dei dati personali.

Il titolare del trattamento dei dati è il Comune di Civitavecchia, che lei potrà contattare ai seguenti riferimenti: Telefono: 07665901 Indirizzo PEC: comune.civitavecchia@legalmail.it.

Potrà altresì contattare il Responsabile della protezione dei dati al seguente indirizzo di posta elettronica: rpd@comune.civitavecchia.rm.it

Il trattamento dei dati personali raccolti viene effettuato per finalità connesse all'esecuzione di compiti di interesse pubblico e per l'esercizio di pubblici poteri, nonché per adempiere ad eventuali obblighi di legge (ai sensi dell'art. 6 par. 1 del Regolamento 2016/679) nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

I dati raccolti:

- sono trattati da personale dell'ente appositamente autorizzato e/o da soggetti esterni designati dal Titolare in forma scritta come di Responsabili del trattamento, per attività strumentali al perseguimento delle finalità dell'ente;
- potranno essere comunicati a soggetti pubblici per l'osservanza di obblighi di legge o per finalità connesse all'esecuzione di compiti di interesse pubblico;
- sono conservati per il tempo necessario allo svolgimento del procedimento in oggetto e tenuto conto degli obblighi di legge a cui il Titolare deve sottostare nell'adempimento delle proprie funzioni istituzionali;
- possono essere soggetti a comunicazione e/o a diffusione esclusivamente in adempimento ad obblighi previsti dalla legge o da regolamenti e non sono soggetti a trasferimento a paesi terzi.

Le comunichiamo inoltre che il conferimento dei dati è obbligatorio per il perseguimento delle finalità descritte e l'eventuale rifiuto determinerà l'impossibilità di dar corso al procedimento.

Potrà far valere, in qualsiasi momento e ove possibile, i Suoi diritti, in particolare con riferimento al diritto di accesso ai Suoi dati personali, nonché al diritto di ottenerne la rettifica o la limitazione, l'aggiornamento e la cancellazione, nonché con riferimento al diritto di portabilità dei dati e al diritto di opposizione al trattamento, salvo vi sia un motivo legittimo del Titolare del trattamento che prevalga sugli interessi dell'interessato, ovvero per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria.

Potrà esercitare i Suoi diritti rivolgendosi al Titolare o al Responsabile della protezione dei dati, reperibili ai contatti sopra indicati.

Ha diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali qualora ne ravvisi la necessità.

Il Titolare non adotta alcun processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione, di cui all'articolo 22, paragrafi 1 e 4, del Regolamento UE n. 679/2016.