

	Amministrazione destinataria Comune di Genova
	Ufficio destinatario Direzione Politiche Sociali

Domanda di accesso al servizio di trasporto lavorativo per persone con disabilità

Il sottoscritto											
Cognome			Nome				Codice Fiscale				
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza					
Residenza											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Esponente	Scala	Interno	Colore	CAP
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata				

CHIEDE

l'accesso al servizio di trasporto lavorativo per disabili

(il servizio è disponibile solo per gli aventi diritto residenti nel Comune di Genova)

<input type="radio"/>	per sè stesso																																																		
<input type="radio"/>	per il seguente familiare o tutelato																																																		
<table border="1"> <tr> <td colspan="3">Cognome</td> <td colspan="3">Nome</td> <td colspan="3">Codice Fiscale</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Data di nascita</td> <td>Sesso</td> <td colspan="3">Luogo di nascita</td> <td colspan="3">Cittadinanza</td> </tr> <tr> <th colspan="9">Residenza</th> </tr> <tr> <td>Comune</td> <td>Provincia</td> <td colspan="3">Indirizzo</td> <td>Civico</td> <td>Barrato</td> <td>Scala</td> <td>Interno</td> <td>Colore</td> <td>SNC</td> <td>CAP</td> </tr> <tr> <td colspan="11">In qualità di (*)</td> </tr> </table>		Cognome			Nome			Codice Fiscale			Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza			Residenza									Comune	Provincia	Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	Colore	SNC	CAP	In qualità di (*)										
Cognome			Nome			Codice Fiscale																																													
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza																																													
Residenza																																																			
Comune	Provincia	Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	Colore	SNC	CAP																																								
In qualità di (*)																																																			

In qualità di ():*

curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale, amministratore di sostegno

in relazione al seguente trasporto											
Programmazione settimanale											
Giorno			Orario di arrivo				Orario di rientro				
<input type="checkbox"/>	lunedì										
<input type="checkbox"/>	martedì										
<input type="checkbox"/>	mercoledì										
<input type="checkbox"/>	giovedì										
<input type="checkbox"/>	venerdì										
<input type="checkbox"/>	sabato										
<input type="checkbox"/>	domenica										
Luogo di arrivo (lavoro)											
Denominazione dell'ente o dell'azienda del lavoro											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Esponente	Scala	Interno	Colore	CAP

Luogo di rientro									
<input type="radio"/>	residenza								
<input type="radio"/>	altro								
	Denominazione								
	Indirizzo								
	Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Esponente	Scala	Interno	Colore	CAP
Turni									
<input type="radio"/>	l'interessato è turnista								
	Orari dei turni								
<input type="radio"/>	l'interessato non è turnista								
caratteristiche del trasportato									
ATS di riferimento									
Assistente sociale									
Deambulazione									
<input type="checkbox"/>	deambula autonomamente								
<input type="checkbox"/>	deambula con aiuto								
<input type="checkbox"/>	deambula con ausili (bastoni, tripodi, stampelle) (specificare)								
<input type="checkbox"/>	sale e scende le scale autonomamente								
<input type="checkbox"/>	sale e scende le scale con aiuto								
<input type="checkbox"/>	mantiene la posizione seduta autonomamente								
<input type="checkbox"/>	mantiene la posizione seduta con supporti (seggolini, cinture speciali, ecc.) (specificare)								
<input type="checkbox"/>	controlla il capo (sostiene o muove la testa)								
<input type="checkbox"/>	mantiene la posizione eretta								
<input type="checkbox"/>	ulteriori caratteristiche (specificare)								
Carrozzina									
<input type="checkbox"/>	utilizza la carrozzina (meccanica, elettrica) (specificare)								
<input type="checkbox"/>	la carrozzina è da caricare sul veicolo								
Caratteristiche di comunicazione									
Espressione verbale									
<input type="radio"/>	esprime frasi complesse								
	Descrizione caratteristiche comunicative								
<input type="radio"/>	esprime parole o frasi brevi								
	Descrizione caratteristiche comunicative								
<input type="radio"/>	emette suoni o versi								
	Descrizione caratteristiche comunicative								
<input type="radio"/>	non si esprime e non emette alcun suono o verso								
	Descrizione caratteristiche comunicative								
Caratteristiche di comportamento									
Emergenza									
<input type="checkbox"/>	possibili situazioni di emergenza sanitaria								
	Descrizione								
caratteristiche di accessibilità									
Caratteristiche									
<input type="checkbox"/>	sono presenti barriere architettoniche presso il luogo di partenza								
	Descrizione degli impedimenti								
<input type="checkbox"/>	sono presenti barriere architettoniche presso il luogo di destinazione								
	Descrizione degli impedimenti								

<input type="checkbox"/>	sono presenti modalità particolari di accesso (codici di accesso, sbarre automatiche, campanelli, ecc.)
	Descrizione degli impedimenti
<input type="checkbox"/>	non sono presenti barriere architettoniche

persone di riferimento in ordine di priorità

1	Cognome	Nome
	Telefono	Posta elettronica ordinaria
Grado di parentela o relazione		
2	Cognome	Nome
	Telefono	Posta elettronica ordinaria
Grado di parentela o relazione		

Eventuali annotazioni

--

Elenco degli allegati

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

<input checked="" type="checkbox"/>	certificato del Medico di Medicina Generale o di struttura pubblica con idonea dicitura che il paziente non può usufruire degli ordinari mezzi di trasporto pubblico
<input checked="" type="checkbox"/>	'copia del verbale di accertamento dell'handicap con riconoscimento della situazione e definizione presente nel verbale: Persona con handicap con connotazione di gravità ai sensi dell'art. 3, com. 3 della Legge 05/02/1992, n. 104"
<input checked="" type="checkbox"/>	dichiarazione del datore di lavoro che contenga sede del luogo di lavoro e nastro lavorativo
<input type="checkbox"/>	copia del documento di identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i>
<input type="checkbox"/>	altri allegati (specificare)

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)

<input type="checkbox"/>	<p>Gli Uffici della Civica Amministrazione, titolare del trattamento, svolgono il trattamento dei dati personali conferiti nel rispetto dei principi dell'art. 5 del GDPR. Diritti dell'interessato.</p> <p>Nel caso l'interessato abbia espresso un consenso al trattamento, egli potrà revocarlo, in qualsiasi momento, con la medesima facilità con la quale lo ha accordato ai sensi dell'art.7, par. 3) del GDPR. Inoltre, potrà opporsi, in qualsiasi momento, al trattamento per finalità di marketing diretto, compresa la profilazione come stabilito dall'art. 21 del GDPR.</p> <p>Per l'esercizio dei diritti (articoli da 15 a 22 del GDPR), es. accesso ai dati, rettifica, cancellazione etc. l'istanza sarà presentata al Responsabile della protezione dei dati: DPO@comune.genova.it</p> <p>L'art. 77 del GDPR ha previsto il reclamo all'Autorità di controllo https://www.garanteprivacy.it e ai sensi dell'art. 79 l'interessato potrà adire le opportune sedi giudiziarie.</p> <p>Prima di proseguire è richiesto di flaggare il sottostante riquadro che attesta di aver letto e ben compreso l'informativa completa sul trattamento dei dati personali pubblicata sul sito istituzionale della Civica Amministrazione: https://smart.comune.genova.it/node/8227</p>
--------------------------	---

Genova		
Luogo	Data	Il dichiarante