Data e Timbro di Accettazione del Comando di Polizia Locale

Al Sig. SINDACO del Comune di TRANI

con deposito presso COMANDO POLIZIA LOCALE TRANI

(anche via p.e.c. [comandante.polizialocale@cert.comune.trani.bt.it](mailto:comandante.polizialocale@cert.comune.trani.bt.it) fà fede la data di ricezione della p.e.c.)

OGGETTO: RICHIESTA PASS CAMPAGNA DI SENSIBILIZZAZIONE “POSSO PRIMA IO ?

* Richiesta Primo Rilascio
* Richiesta Sostituzione per cambio “*caregiver*”
* Richiesta Duplicato per Furto/Smarrimento
* Richiesta Rinnovo quinquennale.

Il/La sottoscritta\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a il

residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alla Via

n. tel. C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di:

* Intestatario della istanza
* genitore esercente la patria potestà,
* curatore/tutore o amministratore di sostegno
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

del/della Sig/Sig.ra:

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**CHIEDE**

Di poter aderire alla campagna di sensibilizzazione **“** **POSSO PRIMA IO ?”** e tal fine

**CHIEDE**

di essere fornito di PASS come da D.G.C. N. 05 del 26/01/2021 indicando quale “*caregiver*” il nominativo sotto riportato:

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Indica, altresì quale sostituto “*caregiver*” il nominativo sotto riportato:

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

DICHIARA ,INOLTRE,

Di essere in possesso del requisito oggettivo che legittima la richiesta ovvero verbale di Invalidità rilasciato dalla Commissione Medica ASL\_\_\_\_\_ che attesta la presenza dei requisiti di cui alla Legge 104/1992 art. 3 comma 3.

Allega alla presente (barrare solo le caselle interessate):

* Copia Documento del richiedente;
* Copia Documento d’identità del “*caregiver*” da riportare sul Pass;
* Dichiarazione di accettazione del ruolo di “*caregiver*” debitamente datata e sottoscritta;
* Copia Documento d’identità del sostituto “*caregiver*” da riportare sul Pass (solo se indicato nella istanza) e relativa dichiarazione di accettazione del ruolo datata e debitamente sottoscritta;
* Copia del Verbale di Invalidità della persona diversamente abile da cui si rileva l’indicazione dell’art. 3 comma 3 Legge 104/1992;
* Foto tessera del richiedente “*caregiver”;*
* Foto tessera del richiedente sostituto “*caregiver”* (solo se indicato nella istanza);
* Ricevuta di versamento di € 5.00 effettuata in favore del Comune di Trani.

Trani, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Informativa sulla privacy (la mancata sottoscrizione dell’informativa non consentirà la lavorazione della domanda).

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti della normativa sulla Privacy (D.Lgs. 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa ed autorizzo al trattamento anche operatori di cui l’Amministrazione si avvarrà per le finalità della presente richiesta.

Trani, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In Fede