



TAXI - IPPICA



LICENZA TAXI N. _____

TITOLARE DELLA LICENZA TAXI o SOSTITUTO ALLA GUIDA

NOME _____ COGNOME _____
NATO/A A _____ PROV. _____ IL ____ / ____ / ____
RESIDENTE A _____ PROV. _____
IN VIA/PIAZZA _____ N. _____
C.A.P. _____ TELEFONO _____ CELL. _____
DOMICILIATO A _____ PROV. _____
IN VIA/PIAZZA _____ N. _____ C.A.P. _____
N. DI RUOLO _____ DATA ISCRIZIONE _____
DOCUMENTO IDENTIFICATIVO _____ N. _____
RILASCIATO IL ____ / ____ / _____ DAL _____ C.F. _____
INDIRIZZO PEC (obbligatorio) _____

DICHIARA

(selezionare l'opzione, fra quelle di seguito riportate, relativa alla pratica presentata)

di essere l'unico soggetto in grado di prestare assistenza a:

DATI ASSISTITO:

NOME _____ COGNOME _____
NATO/A A _____ PROV. _____ IL ____ / ____ / ____
CODICE FISCALE _____
RESIDENTE A _____ PROV. _____
IN VIA/PIAZZA _____ N. _____ C.A.P. _____

RAPPORTO PARENTELA CON IL TASSISTA:

- coniuge portatore di handicap o sofferente di gravi patologie (certificazione medico-legale ASL)
- figlio portatore di handicap o sofferente di gravi patologie (certificazione medico-legale ASL)
- genitore portatore di handicap o sofferente di gravi patologie (certificazione medico-legale ASL)
- suocero/a convivente affetto/a da handicap grave (certificazione medica ai sensi della L. 104/92)
- figlio del coniuge convivente affetto/a da handicap grave (certificazione medica ai sensi della L. 104/92)

di esercitare la patria potestà sul minore:

DATI MINORE:

NOME _____ COGNOME _____
NATO/A A _____ PROV. _____ IL ____ / ____ / ____
CODICE FISCALE _____
REGOLARMENTE ISCRITTO PER L'ANNO SCOLASTICO IN CORSO PRESSO L'ISTITUTO: _____

di assistere mio figlio minore in quanto genitore celibe/nubile:

DATI MINORE:

NOME _____ COGNOME _____

NATO/A A _____ PROV. _____ IL ____ / ____ / ____

CODICE FISCALE _____

RESIDENTE A _____ PROV. _____

IN VIA/PIAZZA _____ N. _____ C.A.P. _____

di assistere mio figlio minore in quanto genitore separato/divorziato:

DATI MINORE:

NOME _____ COGNOME _____

NATO/A A _____ PROV. _____ IL ____ / ____ / ____

CODICE FISCALE _____

RESIDENTE A _____ PROV. _____

IN VIA/PIAZZA _____ N. _____ C.A.P. _____

di assistere mio figlio minore in quanto genitore vedovo/vedova:

DATI MINORE:

NOME _____ COGNOME _____

NATO/A A _____ PROV. _____ IL ____ / ____ / ____

CODICE FISCALE _____

RESIDENTE A _____ PROV. _____

IN VIA/PIAZZA _____ N. _____ C.A.P. _____

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, conferma che tutto quanto sopra dichiarato corrisponde a verità.

Il/La sottoscritto/a si impegna altresì a comunicare immediatamente a Roma Servizi per la Mobilità S.r.l. ogni variazione del contenuto di quanto dichiarato.

Roma, lì _____ Firma _____

Il/La sottoscritto/a, avendo letto e compreso l'informativa sul trattamento dei dati personali presente sul portale di Roma Servizi per la Mobilità S.r.l. (www.romamobilita.it), presta consenso al trattamento dei dati personali, ai sensi del GDPR 2016/679, esclusivamente per lo svolgimento dei servizi di competenza di Roma Servizi per la Mobilità S.r.l.

Roma, lì _____ Firma _____