

OGGETTO: Richiesta Servizio Trasporto per motivi sanitari

Il sottoscritto _____ residente a _____
in via _____ n. _____ telefono _____
Eventuale altra persona di riferimento _____

Chiede il trasporto sanitario

per sé o per il sig. / sig.ra _____
residente a _____ in via _____ n. _____
telefono _____

Per accedere al servizio trasporto comunale gratuito, dichiara:

1. di rientrare nella seguente tipologia di persone:

- persona con difficoltà alla deambulazione o non autosufficiente che non può essere accompagnata dal coniuge o dai figli;
- persona con difficoltà a raggiungere presidi sanitari non serviti da mezzi pubblici (prioritariamente per coloro che non possono essere accompagnati dal coniuge o dai figli);
- persona per le quali risulta necessario l'utilizzo di autoveicoli appositamente attrezzati;

2. che la persona non autosufficiente, o il minore, verrà accompagnata da una persona di fiducia maggiorenne che garantirà la necessaria assistenza;

3. che l'utente necessita di mezzo attrezzato

- SI
- NO

Si allega calendario terapie / appuntamento visite mediche

Ai fini di cui sopra acconsente al trattamento dei dati personali così come previsto dal D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196 e si impegna a comunicarne le eventuali variazioni.

Paese, lì _____

Firma
