

ALLEGATO "A"

All'Ambito Territoriale di Locri
Comune capofila Locri

ISTANZA DI ACCESSO AL SERVIZIO DI TRASPORTO SOCIALE

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a

_____ il ____/____/____

C.F.: ____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____ e residente in

_____ via _____

Tel. _____, con la presente

CHIEDE

di poter accedere al servizio di Trasporto Sociale a favore di

Se stesso

del/la signor/a _____, nato/a

a _____ il ____/____/____

C.F.: ____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____ e residente

in _____ via _____

tel. _____

PER LA SEGUENTE MOTIVAZIONE:

- visite mediche presso ospedali/cliniche o strutture socio-sanitarie
- cicli di cura
- cure o specifici trattamenti a carattere continuativo
- altro (specificare) :

PER LA SEGUENTE DESTINAZIONE: (indicare se già nota)

da :

a:

FREQUENZA E ORARIO DEL SERVIZIO:(indicare se già noti)

- Data iniziale della prestazione:

Precisare se si tratta di persona carrozzata con necessità di viaggiare seduta sulla sedia a rotelle.

SI

NO

Persona allettata

Allega: fotocopia documento di riconoscimento richiedente/beneficiario
fotocopia certificazione ex Legge 104/92 – oppure fotocopia certificazione di
invalidità
fotocopia attestazione ISEE in corso di validità

Luogo e data

Firma

Il/La sottoscritto/a autorizza ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e successive modificazioni ed integrazioni il trattamento dei dati personali raccolti anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data

Firma