

SERVIZIO TRASPORTO

MODELLO RICHIESTA

IL SOTTOSCRITTO _____ NATO A _____

IL _____ RESIDENTE A _____ TEL. _____

- ☐ INVALIDO AL%
- ☐ PORTATORE DI HANDICAP

CHIEDE

DI POTER USUFRUIRE DEL SERVIZIO DI TRASPORTO GESTITO DALLA VI COMUNITA' MONTANA DEL VELINO IN COLLABORAZIONE CON IL DISTRETTO ASL DI ANTRODICO

DA _____ A _____ PER LA SEGUENTE
PRESTAZIONE _____ NEL/I GIORNO/I _____

DICHIARA

- ☐ DI VIVERE DA SOLO
- ☐ DI NON AVERE POSSIBILITA' A SPOSTARSI AUTONOMAMENTE O CON FAMILIARI
- ☐ DI ESSERE RESIDENTE NEL TERRITORIO DELLA VI COMUNITA' MONTANA

IL SOTTOSCRITTO E' A CONOSCENZA CHE:

1. IN OTTEMPERANZA AL REGOLAMENTO, POTRANNO USUFRUIRE DEL SERVIZIO PER TRATTAMENTI TERAPEUTICI A BREVE, MEDIA E LUNGA DURATA:
 - ☐ Cittadini sottoposti a trattamento di emodialisi
 - ☐ Cittadini portatori di handicap
 - ☐ Cittadini impossibilitati alla deambulazione (anche temporaneamente)
 - ☐ Cittadini di età superiore ai 65 anni

Secondo tale ordine di priorità e con obbligo di residenza del territorio della VI Comunità Montana.

E' escluso il trasporto verso strutture termali. Il trasporto per visite occasionali verrà effettuato solo nel caso di disponibilità di posti.

2. IL SERVIZIO VERRA' SVOLTO NELLE ORE ANTIMERIDIANE E SU SEGNALE DIRETTA DEL DISTRETTO SANITARIO DI ANTRODICO A CUI DEVE ESSERE CONSEGNATO IL PRESENTE MODULO E CHE EFFETTUERA' LA SELEZIONE.
3. L'AMMINISTRAZIONE E' SOLLEVATA DA OGNI RESPONSABILITA' QUALORA IL SERVIZIO NON POTESSE ESSERE EROGATO PER MOTIVI INDIPENDENTI DALL'ENTE STESSO (GUASTI MECCANICI - IMPERCORRIBILITA' STRADE ECC.) IL RICHIEDENTE DOVRA' ESSERE IN GRADO, SE NECESSARIO, DI PROVVEDERE IN PROPRIO AL TRASPORTO.

Si autorizza l'Ente e il personale incaricato ad accedere ai dati personali per l'espletamento della pratica in oggetto L.675/96.

IL RICHIEDENTE