

ALLEGATO "A"

AL COMUNE DI

Ufficio Servizi Sociali

OGGETTO: ISTANZA SERVIZIO DI TRASPORTO SOCIALE – TAXI SOCIALE - PIANO DI ZONA 2013/2015 IMPLEMENTAZIONE E PIANO DI ZONA 2018/2019
--

Il/La sottoscritto/a nato/a (.....) il
...../...../..... residente a in via n., Codice
Fiscale Telefono
email in qualità di:

- ☐ Diretto interessato
- ☐ Familiare (descrivere il grado di parentela)
- ☐ Amministratore di sostegno
- ☐ Tutore
- ☐ Altro

CHIEDE

di essere beneficiare del Trasporto Sociale – Taxi Solidale

Beneficiario del servizio:

☐ Per se stesso/a ☐ per il/la sig.ra
nato/a il/...../..... residente in via
..... n. recapito telefonico
..... C.F.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del Testo Unico emanato con D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e consapevole del fatto che gli atti falsi e le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

- di essere residente nel Comune di _____
- che il servizio è richiesto per la seguente prestazione:
 - [] Terapie oncologiche con piano terapeutico per n. sedute _____;
 - [] Singole visite o esami legati alla patologia oncologica per n. visite _____;
 - [] Esami e visite mediche intra-distrettuali;

[] Accompagnamenti per ragioni sociali e ricreative verso le seguenti destinazioni _____ per un numero di trasporti di _____;

- che si necessita del servizio in quanto (indicare le cause che impediscono di provvedervi autonomamente o tramite i propri familiari):

usufruisce di altri servizi di trasporto Si ☐ No ☐

se si indicare quale

ALLEGA:

- Certificazione medica attestante le visite e le terapia da effettuarsi (busta chiusa) - solo per i pazienti oncologici e per coloro che necessitano di effettuare visite o esami clinici intra-distrettuali;
- Copia del documento d'identità del richiedente e del beneficiario;

AUTORIZZAZIONE LEGGE SULLA PRIVACY

Si autorizza il trattamento dei dati rilasciati, esclusivamente per l'espletamento del servizio di trasporto sociale con la previsione che le informazioni necessarie saranno trattate anche dagli Enti Accreditati, ai sensi del Regolamento UE nr. 679/2016 e del D. Lgs. 196/2003 "*Codice in materia di protezione dei dati personali*" e ss.mm.ii.

(Luogo e data)

(Firma leggibile)

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO

NOTE:

Vista l'istanza e la documentazione allegata, si rilasciano al beneficiario n. _____ Voucher così numerati:
dal n. _____ al n. _____

Data del rilascio _____ Firma per ricevuta _____

Per successivi rilasci di voucher:

Vista la documentazione sanitaria/sociale integrativa presentata in data _____ e allegata alla relativa originaria istanza, si rilasciano al beneficiario ulteriori n. _____ Voucher così numerati:
dal n. _____ al n. _____

Data del rilascio _____ Firma per ricevuta _____

Vista la documentazione sanitaria/sociale integrativa presentata in data _____ e allegata alla relativa originaria istanza, si rilasciano al beneficiario ulteriori n. _____ Voucher così numerati:
dal n. _____ al n. _____

Data del rilascio _____ Firma per ricevuta _____

Vista la documentazione sanitaria/sociale integrativa presentata in data _____ e allegata alla relativa originaria istanza, si rilasciano al beneficiario ulteriori n. _____ Voucher così numerati:
dal n. _____ al n. _____

Data del rilascio _____ Firma per ricevuta _____

Vista la documentazione sanitaria/sociale integrativa presentata in data _____ e allegata alla relativa originaria istanza, si rilasciano al beneficiario ulteriori n. _____ Voucher così numerati:
dal n. _____ al n. _____

Data del rilascio _____ Firma per ricevuta _____