

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D.15 L. 328/2000

OGGETTO: Servizio trasporto tramite Associazioni di Volontariato per anziani e soggetti bisognosi di cure terapeutiche presso Centri Sanitari specializzati.

Il sottoscritto ..... nato a ..... il..... e residente in via/piazza..... n..... Comune di.....c.a.p.....prov. .... telefono.....

**CHIEDE**

Di poter usufruire del servizio di cui in oggetto avvalendosi della

iscritta nell'apposito elenco presso codesto Comune, alla quale dovranno essere rimborsate le spese per ogni prestazione così come previsto nel Piano di Zona per:

- Visite specialistiche
- Trattamenti sanitari
- Indagini diagnostiche strumentali
- Day Hospital
- Altro \_\_\_\_\_

Richiesta accompagnatore:

- SI
- NO

Accompagnatore da parte di:

- Familiare n° \_\_\_\_\_
- Persona amica \_\_\_\_\_
- Altro \_\_\_\_\_

- 1)  sottoscritt\_\_ autorizza codesto spett.le Ente al trattamento dei propri dati personali ai sensi del D. Leg. vo 196/2003.
- 2)  sottoscritto\_\_ si riserva di consegnare all'Assistente Sociale il Certificato medico attestante il luogo della cura, il numero di sedute e l' idoneità ad affrontare il viaggio con l'autovettura.
- 3)  sottoscritto\_\_ si impegna a presentare, ottenuta l'autorizzazione ad usufruire del servizio in oggetto, la relativa attestazione rilasciata dai Sanitari dall'avvenuta visita specialistiche e/o trattamenti sanitari per la liquidazione della somma spettante.

La richiesta effettuata per n. \_\_\_\_ trasporti mensili e/o settimanali, sarà riproposta dal \_\_ sottoscritt\_\_ alla S.V. e/o variata secondo il decorso della patologia.

Data .....

Firma

Allega alla presente istanza: