DOMANDA SERVIZIO DI ASSISTENZA SOCIALE IN FAVORE DELLE PERSONE CHE SI RIVOLGONO ALL'ENTE PER ESSERE TRASPORTATE ED ACCOMPAGNATE PRESSO LUOGHI DI CURA

Ai Servizi Sociali Del Comune Di Stienta

II /La Sottoscritto/a			
Nato/a ail	Il /La Sottoscriπο/a		
Codice individuale Tessera Sanitaria			
Telefonoo. in mancanza n relativo al/la Signor/a (nome e cognome del vicino o parente)			
Signor/a (nome e cognome del vicino o parente)	Residente a STIENTA in Via _		n
Residente innn.	Signor/a (nome e cognome del vi	cino o parente)	
	Residente in	Via	n
CHIEDE		CHIEDE	
Di poter essere accompagnato/a c/o luoghi di cura.	Di poter essere accompagnato/a c	/o luoghi di cura.	
A tal fine, sotto la propria responsabilità	A tal fine, sotto la propria respons	sabilità	
DICHIARA		DICHLARA	
- Di non avere la disponibilità del mezzo di trasporto, per incompatibilità dei servizi pubblici dinea, per difficoltà di deambulazione pur se autosufficiente, o perché trattasi di persona sola o conditre cause di minorata autonomia personale o precarie situazioni economiche, tali da non consenti trasporti privati e per periodi prolungati in caso di reiterate cure periodiche; - Di impegnarsi a corrispondere al Comune la quota a suo carico.	linea, per difficoltà di deambulaz altre cause di minorata autonomia trasporti privati e per periodi prol	ione pur se autosufficiente, o pero a personale o precarie situazioni e aungati in caso di reiterate cure per	ché trattasi di persona sola o con conomiche, tali da non consentire riodiche:
Stienta lì Il/La Richiedente	Stienta lì	II/La Ri	chiedente