

DOMANDA DI PRENOTAZIONE PER IL SERVIZIO DI
"TAXI SOCIALE" per visite mediche e terapie
(Servizio riservato ai disabili e ultrasessantacinquenni residenti)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____, residente a Castelfidardo

in Via _____ n. _____, telefono _____

consapevole che l'utilizzo del servizio comporta un costo a proprio carico come da tariffe fissate con atto di Giunta Municipale;

chiede

di poter usufruire del servizio di "TAXI SOCIALE" offerto dal Comune di Castelfidardo tramite la Croce Verde - sede locale -.

Allo scopo si precisa che il servizio di trasporto dovrà essere effettuato:

- luogo di partenza : Abitazione via _____ n. _____

- il _____
(indicare il giorno o i giorni se si tratta di terapie che devono essere ripetute per più volte)

- presso _____
(indicare il luogo dove si deve essere accompagnati - max 50 Km A/R)

- alle ore _____
(indicare l'orario in cui si deve essere sul posto e, se possibile il tempo di permanenza, per organizzare il rientro - max h 6 al giorno)

c'è un accompagnatore ?

SI NO

(fare una X sulla risposta che interessa)

Inoltre dichiara

1. di essere in possesso della L.104/92 e/o di essere invalido civile riconosciuto al ____-% (allegare copia dei documenti di cui al presente punto);
2. di autorizzare, nel rispetto del D.Lgs. n. 196/2004, il Comune di Castelfidardo al trattamento dei dati dichiarati che saranno utilizzati dagli uffici per l'istruttoria, la definizione e l'archiviazione della richiesta e per le finalità strettamente connesse.

FIRMA

Castelfidardo li _____
