***Spett.le***

***ufficio servizi sociali del Comune di***

*BERZO DEMO*

Il/La sottoscritto/a......................................................................................................... nato/a a .................................................. il ........................................................ residente a Berzo Demo in Via......................................................................................... tel. .................................................................... C.F.………………………………………….……………………………………………………………………………………………

## CHIEDE

* Per se stesso
* Per conto di ………………………………………………….nato/a a ................................................ il...........................

**Il servizio di trasporto presso la struttura pubblica in data**…………………………………:

* OSPEDALE DI………………………………………….……..…………………………
* AMBULATORIO DI …………………………………………….……………………….

Con AUTOMEZZO AMBULANZA

Con partenza da…………………………………………………………………………………..

**(compilare in caso di partenza diverso dal proprio domicilio)**

Per:

* VISITA MEDICA alle ore ………………………. è previsto il ritorno alle ore ………
* RICOVERO PROGRAMMATO alle ore…………………………………………………

 A tal fine, sotto la propria responsabilità **DICHIARA** di rientrare in una di queste categorie:

* Invalidi totali regolarmente riconosciuti,
* Persone impossibilitate gravemente alla deambulazione,
* Portatori di Handicap,
* Pazienti oncologici,
* Cittadini ultra ottantenni.

**Dichiara**

* Di essere impossibilitato alla guida,
* Di non essere titolare e/o beneficiario di agevolazioni sanitari di Legge (L.104/1992).

**Dichiara**, inoltre,

* Di aver preso visione della informativa privacy ai sensi del Regolamento 679/2016/UE del Comune di Berzo Demo e di Arnica.
* Di essere a conoscenza che ogni utente può usufruire massimo di un servizio al mese.

Berzo Demo, ...........................................

La richiesta deve pervenire 7 giorni prima. IL/LA RICHIEDENTE