

Prot. n. _____

Fusignano _____

Oggetto: Domanda per il servizio Trasporto Anziani (**anziani autosufficienti di età superiore ai 75 anni con rete parentale potenzialmente in grado di soddisfare le loro esigenze di mobilità**) residenti nel Comune di Fusignano, ai presidi sanitari della Provincia di Ravenna.
ISCRIZIONE ELENCO SECONDA CATEGORIA

Nr. CODICE

Progressivo _____

Il/la sottoscritto/a Cognome _____
Nome _____
C.F.
Nato/a a _____ il ____/____/____
Residente a FUSIGNANO Provincia (RA)
Via/piazza _____ tel. _____

CHIEDE

Di essere iscritto al servizio di trasporto per anziani;

A tal fine dichiara che al momento dell'iscrizione al servizio soddisfa le seguenti condizioni di necessità di assistenza:

- che il proprio nucleo familiare è composto da nr. componenti;
- che il proprio/a figlio/a è residente a Fusignano in Via.....telefono.....

Tutela delle persone rispetto al trattamento dei dati personali.

Dichiaro di aver preso visione dell'informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 e autorizzo il trattamento dei dati personali sopra evidenziati secondo le modalità consentite e per le segnalazioni e le comunicazioni necessarie.

IL RICHIEDENTE

Osservazioni dell'Ufficio

