

Prot. n. \_\_\_\_\_

Fusignano \_\_\_\_\_

Oggetto: Domanda per il servizio Trasporto Anziani (che superano i 65 anni di età privi di rete parentale in grado di soddisfare le loro esigenze di mobilità) residenti nel Comune di Fusignano, ai presidi sanitari della Provincia di Ravenna.

**ISCRIZIONE ELENCO PRIMA 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 all'interno del proprio nucleo non ci sono dei familiari in grado di accompagnare il richiedente al Presidio Sanitario;
- che all'interno del proprio nucleo i familiari presenti non sono in grado di effettuare il trasporto con mezzi idonei;
- che non ci sono al di fuori del proprio nucleo familiare altri parenti in grado di accompagnare i richiedenti presso i presidi sanitari.

**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

---

---

---