

**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

Il /La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice individuale Tessera Sanitaria \_\_\_\_\_

Residente a STIENTA in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ o. in mancanza n. \_\_\_\_\_ relativo al/la

Signor/a (nome e cognome del vicino o parente ) \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CHIEDE

Di poter essere accompagnato/a c/o luoghi di cura.

A tal fine, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- Di non avere la disponibilità del mezzo di trasporto, per incompatibilità dei servizi pubblici di linea, per difficoltà di deambulazione pur se autosufficiente, o perché trattasi di persona sola o con altre cause di minorata autonomia personale o precarie situazioni economiche, tali da non consentire trasporti privati e per periodi prolungati in caso di reiterate cure periodiche;
- Di impegnarsi a corrispondere al Comune la quota a suo carico.

Stienta li. \_\_\_\_\_

Il/La Richiedente

\_\_\_\_\_