

MODULO DI RICHIESTA DEL SERVIZIO DI TRASPORTO SOLIDALE

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____

Il _____ residente a _____

Via _____

Tel./cell. _____ email _____

In qualità di

- Interessato

- Delegato

CHIEDE

Di poter fruire del servizio di trasporto solidale.

Data del trasporto _____

Luogo di partenza _____

Via, n. civico _____

Orario di rientro _____

Luogo di destinazione _____

DATI DEI FRUTTORI DEL SERVIZIO

nr	COGNOME	NOME	SESSO (F/M)	ETÀ	NOTE
1					
2					

Il richiedente il Servizio dichiara:

- di essere in una momentanea o permanente difficoltà di spostamento;
- di essere privo di una rete parentale, amicale o di vicinato in grado di sopperire alla mancanza di familiari;
- di essere impossibilitato ad utilizzare i mezzi pubblici.

Si allega:

- Documento di riconoscimento
- Isee socio-sanitario
- Eventuale certificazione medica

Piraino lì

Firma