**All’Amministrazione del Comune di Copiano**

**Assessorato Famiglia e Solidarietà Sociale - Sanità**

**Oggetto: Richiesta servizio di trasporto ai sensi del regolamento approvato con delibera consigliare n. del**

Il/la sottoscritto/a ............................................................................................ residente in via ...............................................................................................

Dichiara di trovarsi in una delle condizioni *(barrare la voce)*:

 residente a Copiano e non automunito ;

 residente a Copiano e affetto/a da patologia comportante invalidità del 50% o superiore;

 residente a Copiano e pur essendo automunito/a non è in grado, per motivi di

salute, di condurre il proprio autoveicolo in ragionevole condizione di sicurezza;

 residente a Copiano e pur essendo automunito/a, a seguito del trattamento sanitario per il quale si richiede il trasporto, non è in grado di condurre il proprio veicolo in condizioni di sicurezza al fine di rientrare al proprio domicilio;

 residente a Copiano di età superiore ai 55 anni non automunito/a, che desidera recarsi a trovare un parente stretto ................................. *(indicare grado parentela)* presso le strutture di ricovero pavesi;

 caso non contemplato nei sopraccitati punti da sottoporre per tempo

all’Assessore competente. (*Previa verifica della disponibilità dei conducenti).*

**CHIEDE:**

di usufruire del servizio di trasporto per recarsi a: .................................., presso la struttura sanitaria/socio sanitaria: ...................................., in data: ............................ con partenza da Copiano alle ore: .............................

Per il servizio richiesto, versa l’importo di € ................. (7,00 € 0 3,50 € trasporto più persone)

**E DICHIARA:**

*di esonerare il comune di Copiano, il conducente dell’autovettura e l’accompagnatore, nei casi in cui ciò sia richiesto da ogni responsabilità per danni che possano eventualmente occorrermi in occasione della prestazione sanitaria, visita parenti per cause diverse da quelle connesse o conseguenti alla guida dell’autovettura.*

Copiano,.......................... Firma.................................................................

*Autorizzo, ai sensi delle disposizioni vigenti in materia di tutela della privacy, il trattamento dei dati personali.*

Copiano,.......................... Firma.................................................................

 

**Ricevuta Versamento**

Il/la sottoscritto/a ........................................ in data .........................................

per il servizio di trasporto ha versato agli uffici comunali, l’importo di € .................

(7,00 € 0 3,50 € trasporto più persone)

Timbro comune

Sigla addetto comunale