

# 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