Al Comune di Avigliana
Ufficio Servizi alla Persona

Oggetto: RICHIESTA TESSERINO TRASPORTO AI LUOGHI DI CURA

Il sottoscritto/la sottoscritta .....
nato/a il ..... a .....
e residente in Avigliana in via ..... tel. .....
C.F. [__[__[__[__[__[__[__[__[__[__[__[__[__[__[__[__],

CHIEDE

☐ di essere inserito nell'elenco comunale degli aventi diritto al trasporto convenzionato ai luoghi di cura, prestato dalla Croce Verde in automobile o in autoambulanza.

☐ di inserire il figlio/la figlia minorenne ....., nato/a a ..... il ....., nell'elenco comunale degli aventi diritto al trasporto convenzionato ai luoghi di cura.

DICHIARA

1) di appartenere ad una delle sotto elencate categorie:

☐ Invalidi totali, regolarmente riconosciuti;
☐ Persone impossibilitate gravemente alla deambulazione, attestata da certificato medico;
☐ Portatori di handicap (compresi emiplegici, pazienti affetti da sclerosi multipla, audiolesi) regolarmente riconosciuti;
☐ Pazienti che si sottopongono a cicli di chemioterapia, radioterapia o fisioterapia;
☐ Genitore di minore appartenente ad una delle sopra specificate categorie.

2) di autorizzare l'Amministrazione Comunale e la Croce Verde al trattamento dei dati personali limitatamente a quanto connesso con l'erogazione del servizio, ai sensi e per gli effetti del D.lgs. 30/06/03 n. 196.

ALLEGA

Il seguente documento tra quelli sotto specificati:

☐ Copia del verbale di riconoscimento dell'invalidità rilasciato dall'A.S.L. competente;
☐ Certificato medico attestante l'handicap;
☐ Certificato medico attestante l'impossibilità a deambulare;
☐ Certificato medico attestante la necessità di cicli di chemioterapia, radioterapia o fisioterapia;
☐ Attestazione ISEE.

Avigliana, lì ..... IN FEDE

.....

RISERVATO ALL'UFFICIO

DATA RINNOVO							
N. PROT.							