

Al _____

SI AUTORIZZA IL/LA SIG./SIG.RA _____

RESIDENTE A POTENZA VIA _____

PERSONA DI RIFERIMENTO _____

TELEFONO _____

A fruire del SERVIZIO TRASPORTO DISABILI VERSO STRUTTURE SANITARIE/RIABILITATIVE E SOCIO EDUCATIVE/OCCUPAZIONALI presso uno dei soggetti accreditati con le modalità e le indicazioni organizzative di seguito specificate:

MOTIVO TRASPORTO	
OCCASIONALE	SI NO
CONTINUATIVO	SI NO
ACCOMPAGNATORE	SI NO
LUOGO PARTENZA	
LUOGO DESTINAZIONE	
CORSE giornaliere N. _____	☐ ANDATA ore _____ ☐ RITORNO ore _____
FREQUENZA SETTIMANALE	⇒ Lunedì ⇒ martedì ⇒ mercoledì ⇒ giovedì ⇒ venerdì ⇒ sabato
NUMERO SETTIMANE PREVISTE	
N. COMPLESSIVO GIORNI-VIAGGIO DA EROGARE	
VALORE €/km A CARICO DELL'UTENTE	
VALORE €/km A CARICO Del COMUNE	
DATA DECORRENZA PRESTAZIONI	
DATA SCADENZA	
NOTE	

REFERENTE COMUNALE

Firma per accettazione dell'utente o suo delegato

DATA _____
