

	Amministrazione destinataria Regione Valle d'Aosta Ufficio destinatario	
--	---	--

Domanda di accesso al servizio di trasporto sociale assistenziale temporaneo

Il sottoscritto										
Cognome			Nome			Codice Fiscale				
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza				
Residenza										
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
									☐	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata				

CHIEDE

l'accesso al servizio di trasporto sociale assistenziale temporaneo per

☐	per sè stesso																																																																																														
☐	per il seguente familiare o tutelato																																																																																														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="3">Cognome</td> <td colspan="3">Nome</td> <td colspan="4">Codice Fiscale</td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>Sesso</td> <td colspan="2">Data di nascita</td> <td colspan="3">Luogo di nascita</td> <td colspan="4">Cittadinanza</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <th colspan="10">Residenza</th> </tr> <tr> <td>Provincia</td> <td colspan="2">Comune</td> <td colspan="2">Indirizzo</td> <td>Civico</td> <td>Barrato</td> <td>Scala</td> <td>Interno</td> <td>SNC</td> <td>CAP</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>☐</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="11">In qualità di (*)</td> </tr> <tr> <td colspan="11"></td> </tr> </table>	Cognome			Nome			Codice Fiscale														Sesso	Data di nascita		Luogo di nascita			Cittadinanza														Residenza										Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP										☐		In qualità di (*)																					
Cognome			Nome			Codice Fiscale																																																																																									
Sesso	Data di nascita		Luogo di nascita			Cittadinanza																																																																																									
Residenza																																																																																															
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP																																																																																					
									☐																																																																																						
In qualità di (*)																																																																																															

In qualità di (*):

amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale

per il seguente motivo	
Motivazione	
☐	terapie sanitarie tempo medio
☐	terapie sanitarie permanenti
☐	visite sanitarie occasionali
☐	altro servizio (specificare)

presso la seguente struttura sanitaria	
Denominazione	
Reparto	
Telefono	Responsabile di riferimento

alle seguenti condizioni	
Data iniziale	Data finale
Durata (in giorni)	Giorni della settimana
Orario iniziale	Orario finale

