



Servizio Disabilità Età Adulta
Distretto Sud

Spett. U.L.S.S. 7
Servizio Disabilità Età Adulta
Conegliano

Il sottoscritto _____ in qualità di rappresentante legale
residente a _____ in via _____
telefono: casa _____ lavoro _____ cellulare _____

CHIEDE

di poter usufruire dal _____, e fino a revoca, del servizio di trasporto organizzato
dall'ULSS 7 per il/la proprio familiare/assistito/a _____
che frequenta il Centro Diurno di _____ nel modo seguente:

Andata

Ritorno

Data _____

Firma _____

DICHIARA

che il /la Sig./ra _____ nato/a il _____
tel. riferimento: casa _____ lavoro _____ cellulare _____
è incaricato/a ricevere il/la Sig./ra _____ al termine del servizio di
trasporto.

Firma per accettazione _____

AUTORIZZA

La consegna del proprio familiare/assistito/a presso l'abitazione al termine del servizio di trasporto,
senza la presenza di un familiare o di una persona di fiducia incaricata.

Firma del genitore/tutore/amministratore di sostegno _____

Firma dell'utente _____

Codice Aziendale R019_01_006

Approvato da: Responsabile del Servizio Disabilità Età Adulta in data 07/07/2014