

	Amministrazione destinataria Regione Marche Ufficio destinatario Ufficio Protocollo	
--	--	--

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="2">Cognome</td> <td colspan="2">Nome</td> <td colspan="2">Codice Fiscale</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Sesso</td> <td>Data di nascita</td> <td colspan="2">Luogo di nascita</td> <td colspan="2">Cittadinanza</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <th colspan="6">Residenza</th> </tr> <tr> <td>Provincia</td> <td colspan="2">Comune</td> <td>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></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>☐</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="10">In qualità di (*)</td> </tr> <tr> <td colspan="10"></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

