

ALLA C.A. SINDACO
COMUNE DI CARPINETI

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
residente a _____ Via _____ tel _____

CHIEDE

- Per sè stesso/a
 Per il/la sig./ra _____, nato/a a _____ il _____
e residente nel Comune di _____ in Via _____
tel _____

L'attivazione del Servizio Sportello d'Argento per accompagnamento

- trasporto
 consegna spesa e/o farmaci.

A tal fine dichiara:

- di non essere in possesso di patente di guida ,
 di non poter utilizzare mezzi di trasporto pubblico in quanto residente in zona non servita dai servizi di trasporto di linea,
 di non avere famigliari conviventi ,
 di non poter usufruire dell'appoggio dei famigliari in quanto residenti altrove
 di non poter temporaneamente usufruire sull'appoggio dei famigliari in quanto
altro: _____

S'IMPEGNA

- A comunicare con congruo anticipo al Servizio Sicurezza Sociale del Comune di Carpineti le richieste di trasporto;
- A rispettare gli orari previsti per il trasporto, nonché comunicare tempestivamente ogni variazione che si renda necessaria per eventi imprevisti sopravvenuti;
- A sostenere il costo del servizio così come determinato annualmente e che per l'anno 2009 è di:
€ 5,00 per trasporto Andata/Ritorno
€ 3,00 per consegna spesa o farmaci
€ 7,00 per trasporti al di fuori del Distretto Sanitario di Castelnuovo né Monti

DICHIARO INOLTRE

Di essere stato/a informato/a che il Servizio di trasporto può non essere garantito nel caso in cui:

- a) gli automezzi non siano in condizione di circolare
- b) non vi sia personale che possa svolgere il servizio di guida
- c) vi siano esigenze che si ritengano prioritarie e che impegnino gli automezzi o il personale

In Fede
