



SPETT.LE ASP 7 DI RAGUSA
AL RESPONSABILE U.O. ASS. INTEGRATIVA
PROTESICA HANDICAP
DISTRETTO DI

OGGETTO: Richiesta servizio trasporto **GRATUITO** al Centro Dialisi.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____

Prov. _____ il _____ domiciliato a _____

In via/p.zza _____ n° _____ in trattamento dialitico presso
il Centro Dialisi _____

non potendo raggiungere lo stesso autonomamente in quanto **NON** autosufficiente

CHIEDE

Di poter usufruire del servizio di trasporto **GRATUITO** per persone dializzate istituito da codesta AS P 7 di Ragusa per recarsi al Centro dialisi nei giorni _____ con il seguente orario di arrivo/partenza _____. Per quanto sopra richiesto il sottoscritto altresì

DICHIARA

- di conoscere ed accettare le condizioni di servizio;
- di voler ricevere il servizio richiesto in via continuativa fino a revoca e/o disdetta.

Il richiedente _____ li, _____

*allegare copia documento d'identità e certificazione di invalidità

Informazioni generali

- I.** Il servizio è rivolto ai soggetti in trattamento dialitico presso le Strutture pubbliche e private convenzionate.
- II.** Il trasporto fruibile dall'utente riguarda il solo tragitto dal domicilio al centro dialisi e ritorno.
- III.** Il trasporto può essere effettuato sia singolarmente che in forma collettiva, secondo le disponibilità riscontrate.
- IV.** Compatibilmente con la disponibilità di posti è possibile trasportare anche eventuali accompagnatori personali, purchè effettuino lo stesso tragitto del soggetto accompagnato.
- V.** Il servizio viene effettuato senza alcun onere per l'utenza, previa richiesta da inoltrarsi al Responsabile del Servizio e Sua validazione.
- VI.** La richiesta del servizio comporta l'impegno a ricevere lo stesso in via continuativa fino a revoca o disdetta e la rinuncia a qualsiasi richiesta di rimborso nei confronti dell'ASP.
- VII.** In caso d'impossibilità del soggetto di recarsi al centro dialisi e/o disdetta da parte di questo di uno degli appuntamenti andata/ritorno, la stessa dovrà essere comunicata con sufficiente anticipo in modo da evitare inutili spostamenti del veicolo.
- VIII.** In caso di mancato preavviso i costi di servizio potranno essere addebitati direttamente al richiedente, secondo le vigenti tariffe di gestione dello stesso.
- IX.** Ogni eventuale variazione d'indirizzo e recapito telefonico deve essere prontamente comunicata al gestore.
- X.** Le richieste di servizio devono essere inoltrate compilando l'apposita modulistica.

Per informazioni e comunicazioni è possibile contattare il gestore del Servizio:

SPAZIO RISERVATO ALLA ASP 7 di Ragusa

Si autorizza il trasporto richiesto, previa verifica di disponibilità e compatibilità tecnica. Si determina in _____ Km la distanza del viaggio da effettuare con:

AUTOVETTURA <input type="checkbox"/>	AMBULANZA <input type="checkbox"/>
TRASPORTO INDIVIDUALE <input type="checkbox"/>	TRASPORTO COLLETTIVO <input type="checkbox"/>

