

## Richiesta di servizio senza Operatore socio-sanitario

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

maggiorenne da trasportare     esercitante la potestà genitoriale per minorenni da trasportare

**richiede con la presente il seguente servizio di trasporto:**

nominativo della persona da trasportare \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

scopo del servizio richiesto: \_\_\_\_\_ domiciliato/a a \_\_\_\_\_

note su eventuali precauzioni necessarie durante il trasporto: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_

---

---

**La persona per cui si richiede il trasporto:**

è deambulante

è dotata di carrozzina (specificare tipo e ingombro in pianta): \_\_\_\_\_

necessita di accompagnatore personale a bordo del mezzo (famigliare o delegato)

---

---

**Descrizione del servizio richiesto:**

origine: \_\_\_\_\_

destinazione: \_\_\_\_\_

servizio periodico: \_\_\_\_\_ periodo: \_\_\_\_\_

Lu  Ma  Me  Gio  Ve  Sa (mattina)

Orari indicativi richiesti:    arrivo andata: \_\_\_\_\_ partenza ritorno: \_\_\_\_\_

servizio occasionale: \_\_\_\_\_ date: \_\_\_\_\_

Orari indicativi richiesti:    arrivo andata: \_\_\_\_\_ partenza ritorno: \_\_\_\_\_

---

---

**Il sottoscritto dichiara che la persona per cui si richiede il trasporto non è in condizioni di creare pericolo a sé stessa o agli altri occupanti il mezzo durante il servizio.**

Data

Il richiedente

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**DOCUMENTAZIONE RICHIESTA DA ALLEGARE**

Certificato medico ai sensi del CO. 3° ART. 381 DPR 495/92 (contrassegno per invalidi)

Rilasciato dai Distretti Sanitari di Base dell'ULSS 20 di Verona.

## Richiesta di servizio senza Operatore socio-sanitario

### Riservato all'ufficio

Richiesta accolta – ricadute sull'organizzazione e turno/i di inserimento \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Richiesta parzialmente accolta – ricadute sull'organizzazione e turno/i di inserimento \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Elementi non accolti / modifiche richieste \_\_\_\_\_

Richiesta respinta al momento per mancanza di disponibilità nei turni con accompagnatore  
(elencare turni considerati) \_\_\_\_\_

Richiesta respinta al momento per mancanza di disponibilità nei turni con / senza  
accompagnatore (elencare turni considerati) \_\_\_\_\_

Richiesta respinta perché non in possesso dei requisiti (note): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data

Ufficio Coordinamento servizi disabili