



RICHIESTA SERVIZIO M.I.D MOBILITA' INTEGRATA DISABILI

Timbro Protocollo

DATI ANAGRAFICI

Nome _____	Cognome _____
Nat ___ a _____	il _____
Residente a _____ (SR)	Via _____
Tel. _____	Cell. _____

ATTESTAZIONE STATO D' INVALIDITA'

Certificazione rilasciata da struttura pubblica convenzionata
Specificare _____

Certificazione rilasciata da struttura privata convenzionata
Specificare _____

*Si dichiara inoltre:
di non essere in possesso di un mezzo di trasporto adattato.*

Allegati: _____

TIPOLOGIA DEL SERVIZIO RICHIESTO

- Attività lavorative *Specificare* _____
- Attività scolastiche *Specificare* _____
- Cure sanitarie *Specificare* _____
- Attività culturali *Specificare* _____
- Attività ricreative *Specificare* _____

INDICAZIONI SULL' ORARIO DEL SERVIZIO

Giorni	Orari	Partenza	Destinazione
		Da	A
Altro:			

Per richieste diverse da quelle previste dalla carta dei servizi, indicare le motivazioni e gli orari:

Firma

Il Libero Consorzio Comunale di Siracusa s' impegna a non utilizzare i dati e le informazioni inerenti gli utenti per altri scopi che non siano quelli specificatamente connessi al servizio M.I.D e assicura la massima riservatezza e protezione sui dati sensibili con particolare riguardo a quelli concernenti lo stato di salute degli utenti.

Via Malta n.° 106 - 96100 Siracusa - Num. Verde 800.640.300