

OGGETTO: Richiesta servizio trasporto presso strutture sanitarie Regione Lombardia.

Il sottoscritto _____ nato a _____
il _____ residente in Sirone Via _____,
con la presente

CHIEDE

Di poter usufruire del servizio trasporto in oggetto, per recarsi presso la struttura sanitaria di _____ il giorno _____ per:

- Visite mediche specialistiche,
 - terapie riabilitative,
 - ricoveri e/o dimissioni,
 - esami ed accertamenti diagnostici,
 - dialisi _____
- _____
- _____

Si impegna di versare il corrispettivo del servizio dovuto in base ai km effettuati (nella misura di €0,25 al km.)

Dichiara il seguente recapito telefonico: _____

Sirone, lì _____

In fede

La firma qui apposta vale come consenso a norma del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196, ai soli fini sopraindicati.