



# 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

- |                          |                      |                   |
|--------------------------|----------------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> | Attività lavorative  | Specificare _____ |
| <input type="checkbox"/> | Attività scolastiche | Specificare _____ |
| <input type="checkbox"/> | Cure sanitarie       | Specificare _____ |
| <input type="checkbox"/> | Attività culturali   | Specificare _____ |
| <input type="checkbox"/> | 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.