

AL SIGNOR SINDACO
COMUNE DI ERICE

OGGETTO: RICHIESTA SERVIZIO "TAXI VERDE OLTRE" PER IL TRASPORTO DEI PAZIENTI ONCOLOGICI.

<p>RICHIEDENTE</p> <p>_____ 1_ sottoscritt _____ nato a _____</p> <p>il _____ e residente a _____ in</p> <p>Via _____ N° _____ domiciliato in Via</p> <p>_____ Comune di _____ recapito telefonico _____</p> <p>_____</p>
--

<p>BENEFICIARIO</p> <p>Indicare il tipo di relazione tra il richiedente e il beneficiario _____</p> <p>cognome e nome _____</p> <p>nato a _____ residente a _____ in Via</p> <p>_____ e domiciliato in Via _____</p> <p>Comune di _____ recapito telefonico _____</p> <p>Altri recapiti telefonici _____</p>

CHIEDE

Di poter beneficiare del **SERVIZIO per il trasporto ed accompagnamento dei soggetti affetti da patologie oncologiche "TAXI VERDE OLTRE"** previsto dal Piano di Zona del Distretto D 50 - L. 328/00, triennio 2010/2012- premialità- presso la seguente struttura.

- A.R.N.A.S. Azienda di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione – Palermo;
- Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico 'Paolo Giaccone' – Palermo;
- Casa di cura 'La Maddalena' – Palermo;
- Casa di cura 'Macchiarella' – Palermo;
- Casa di cura 'Villa Santa Teresa' – Bagheria;
- San Raffaele – Cefalù;

- Altre strutture sanitarie in grado di eseguire prestazioni di alta specializzazione, ubicate nell'area di competenza dell'ASP di Palermo_____

DICHIARA

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R 28 dicembre 2000, N° 445, recante il Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa, quanto segue:

- **il nucleo di convivenza del beneficiario è composto da:**

rapporto parentela	Cognome	Nome	Luogo di nascita	Data di Nascita

- **Di impegnarsi a comunicare tempestivamente, ogni variazione riguardante la propria condizione reddituale, il proprio stato di salute, la propria condizione familiare.**

Si allega alla presente:

- Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità;
- Piano terapeutico rilasciato dalla struttura ospedaliera con indicazione del numero delle sedute di terapia e delle prestazioni correlate (accertamenti clinici)
- Attestazione ISEE relativa al nucleo anagrafico e/o di convivenza, riferito all'anno fiscale in corso, ai sensi del D.L. n. 109 del 31/3/1998.

Si autorizza il trattamento dei dati personali e sensibili per l'adesione al servizio in oggetto, ai fini della legge 196/2003.

ERICE, _____

IL RICHIEDENTE