

DA COMPILARSI A CURA DELL'ASSISTENTE SOCIALE REFERENTE

La sottoscritta Assistente Sociale _____

in esito al colloquio intercorso in data __/__/____, CON l'utente richiedente, accertata la condizione di fragilità dello stesso ai sensi del vigente Regolamento del servizio, in relazione alle seguenti verifiche/circostanze:

(specificare).....
.....
.....
.....

AUTORIZZA /NON AUTORIZZA

il trasporto dell'utente:

con accompagnatore /senza accompagnatore/con accompagnatore di fiducia (specificare):

.....

con automezzo dotato di pedana sollevatrice per carrozzine verso la seguente struttura

.....

nei seguenti giorni e orari o periodo (specificare)

.....

numero di km giornalieri (andata e ritorno, solo andata, solo ritorno):

.....

soggetto erogatore.....

tariffa assegnata:

DATA E FIRMA ASSISTENTE SOCIALE REFERENTE:

Villasanta, li __/__/____ - _____