



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____
il _____ residente _____
in via _____ affetto/a da _____
titolare del libretto _____ CF. _____

IN TRATTAMENTO DIALITICO BISETTIMANALE PRESSO IL CENTRO DI Borgo Val Di
Taro, come allegato da certificare.

DICHIARA

di aver effettuato nel corso del mese di _____ N° _____ trasporti dalla
propria abitazione e viceversa con la propria auto c/o il centro dialisi di Borgotaro l'autovettura di
proprietà del Sig. _____

marca _____
tipo _____
cilindrata _____
targa _____

guidata da se stesso _____
 dal sig. _____

percorrendo ogni volta Km. _____ per un totale Km _____ mensili.

Il/la sottoscritto/a precisa che pur essendoci sul percorso la possibilità di uso del mezzo pubblico
non né può usufruire poiché:

- il percorso è particolarmente disagiata
- rende problematico il rispetto degli orari fissati dal trattamento

Il proprietario ed il conducente dell'autovettura dichiarano inoltre di assumere a loro totale carico la
responsabilità del trasporto.

IL RICHIEDENTE

IL PROPRIETARIO
AUTOVETTURA

IL CONDUCENTE
AUTOVETTURA
