

**Città di Spinea**

**Città Metropolitana di Venezia**

Al Sig. SINDACO del Comune di **SPINEA**

**REFERENDUM POPOLARE CONFERMATIVO ED ELEZIONI REGIONALI DEL 20 E 21 SETTEMBRE 2020 - ISTANZA PER LA RICHIESTA DI SERVIZIO DI TRASPORTO**

Il sottoscritto sesso

Cognome e nome (M-F)

nato a ………………………..............................................................................……… il ………...................

residente in via ………………………………………………………………………………………………

titolare della tessera elettorale n. ………………………………………………… iscritto nella sezione n.….…

tel. n. …………………………. cell. ………………………………… mail …………………………………...

**C H I E D E**

TROVANDOSI IN CONDIZIONI DI INABILITÀ

IL SERVIZIO DI TRASPORTO, MESSO A DISPOSIZIONE DAL COMUNE, PER POTER COMPIERE IL PROPRIO DIRITTO AL VOTO. SI IMPEGNA, ALTRESÌ, AD ESSERE ACCOMPAGNATO.

A TAL PROPOSITO SI COMPILA APPOSITA SCHEDA TRASPORTO.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **Partenza da:** |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **Arrivo a:** |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **Condizioni fisiche:** | | |  DEAMBULANTE  NON DEAMBULANTE | | | | | | | | | **PESO:** |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **Trasporto da effettuare su:** | | | | | |  CARROZZINA  SEDILE DIS. | | | | | **Ossigenoterapia:** | | |  SI  NO |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **Piano abitazione:** | |  | | | | **Presenza Ascensore:** | | |  SI  NO  ACCESSIBILE CARROZZINE | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **Patologie in atto:** | |  SI  NO | | | | | **Se SI specificare:** | |  | | | | | |
| **Malattie infettive:** | |  SI  NO | | | | | **Se SI specificare:** | |  | | | | | |
| **Presenza traumi** | |  SI  NO | | | | | **Se SI specificare:** | |  | | | | | |
| **Presenza fratture** | |  SI  NO | | | | | **Se SI specificare:** | |  | | | | | |
| **Problemi Psichiatrici:** | | | |  SI  NO | | | | **Se SI specificare:** | |  | | | | |
| **Problemi Neurologici:** | | | |  SI  NO | | | | **Se SI specificare:** | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **Accompagnato da:** | | | | |  FAMILIARE  O.S.S.  BADANTE  ALTRO: | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **Cognome e Nome Accompagnatore:** | | | | | | | |  | | | | | | |

IL RICHIEDENTE

li …………………………………………… ……………………………………………