

Allegato 1

Al Responsabile
Servizi Economici Ospedalieri
ASFO

OGGETTO: Richiesta rilascio/rinnovo contrassegno per l'accesso in auto nell'area interna del Presidio Ospedaliero di Pordenone di utenti/dipendenti ASFO con difficoltà di deambulazione e altri utenti equiparati.

Il/La sottoscritto/a (nome e cognome).....
nato/a ail / / codice fiscale.....
residente a (Comune).....via (indirizzo).....n.....
tel/cell.....email.....

PER SÉ OPPURE IN QUALITÀ DI

Tutore Amministratore di sostegno Esercente la responsabilità genitoriale Delegato
di (nome e cognome)
nato/a a il / / codice fiscale.....
residente a (Comune, Prov.).....via (indirizzo).....n.....

consapevole della responsabilità penale e delle conseguenti sanzioni cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti, uso di atti falsi, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti in seguito a provvedimenti emessi sulla base di dichiarazioni non veritiere, così come previsto dall'art. 75 del D.P.R. n. 445/2000,

DICHIARA

che il/la sottoscritto/a ovvero il/la proprio/a rappresentato/a o il/la delegante è utente con difficoltà di deambulazione che deve fruire di prestazioni ambulatoriali presso il P.O. di Pordenone (allegare copia documento di riconoscimento, certificato del medico di medicina generale, di uno specialista o di un dirigente medico della struttura del P.O. di Pordenone che ha in cura l'utente, che indichino la difficoltà di deambulazione);

che il/la sottoscritto/a ovvero il/la proprio/a rappresentato/a o il/la delegante è utente in trattamento dialitico o onco-ematologico presso il P.O. di Pordenone (allegare copia documento di riconoscimento e attestato di un dirigente medico della struttura del P.O. di Pordenone che ha in cura l'utente);

che il/la sottoscritto/a ovvero il/la proprio/a rappresentato/a o il/la delegante è utente che deve fruire di prestazioni ambulatoriali presso il P.O. di Pordenone di età pari o superiore a 85 anni (allegare copia documento di riconoscimento);

che il/la sottoscritto/a ovvero il/la proprio/a rappresentato/a o il/la delegante è dipendente di ASFO in servizio presso il P.O. di Pordenone con difficoltà di deambulazione (allegare certificato medico del medico di medicina generale o di uno specialista).

Ciò premesso,

CHIEDE

per sé o per il/la proprio/a rappresentato/a o il/la delegante il contrassegno per l'accesso e il parcheggio nell'area interna al P.O. di Pordenone.

Data _____

Firma
