

Spett.le  
Azienda USL Roma A  
Servizio Trasporto  
Utenti Dializzati e  
Disabili

**Oggetto: richiesta utilizzo trasporto gratuito per utenti emodializzati**

Il/La sottoscritt.....

Nato/a..... il.....

Residente in Roma, via/piazza..... N.....

Tel.....

Affetto da insufficienza renale cronica e sottoposto a procedura emodialitica presso la

Clinica/Ospedale.....

Nel giorni.....

Dalle ore..... alle ore.....

Trovandosi nelle condizioni previste dalla normativa vigente in materia

**CHIEDE**

Di usufruire del trasporto riservato agli utenti sottoposti ad emodialisi fornito da codesta Azienda USL Roma A, poiché non è in grado di usufruire di trasporto pubblico, né di condurre automezzi propri, né può essere accompagnato da familiari.

**Dichiara di:**

- essere / non essere portatore di handicap motorio
- usufruire / non usufruire di ausili meccanici per gli spostamenti

**Allega:**

- ❖ certificato di invalidità con o senza assegno di accompagnamento
- ❖ attestazione della Clinica/Ospedale presso cui viene praticata la emodialisi
- ❖ certificato medico relativo a ulteriori patologie
- ❖ certificato di residenza o dichiarazione sostitutiva
- ❖ fotocopia della tessera sanitaria
- ❖ fotocopia dichiarazione dei redditi o mod.CUD

Eventuali altri recapiti.....tel.....

Roma, li.....

**Firma.....**