



ALLEGATO B

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI TARANTO

DISTRETTO SOCIO SANITARIO DI

DICHIARAZIONE DELL'ACCOMPAGNATORE

Al Direttore del Distretto Socio sanitario n.

Il/la sottoscritto/a nato/a a

in data residente a

via n. telefono C.F.

**DICHIARA, AI SENSI E PER GLI EFFETTI DEL D.P.R. N. 445/2000,
CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI PREVISTE IN CASO DI
DICHIARAZIONI FALSE O MENDACI**

che durante il mese di anno ha accompagnato nei giorni

.....

al Centro Dialisi del Comune di

il signor

con la propria vettura targata

percorrendo il tragitto da via n.c. del

Comune di per n. corse giornaliere.

Dichiara inoltre che nei giorni in cui ha accompagnato il signor

.....al Centro Dialisi è tornato a svolgere la propria abituale attività

e, quindi, è ritornato a prendere l'assistito al termine del trattamento dialitico per riaccompagnarlo al

proprio domicilio.

Il sottoscritto solleva l'ASL di Taranto da qualsiasi responsabilità derivante dall'uso del mezzo di trasporto.

Si autorizza il trattamento dei dati personali per le finalità previste dalla legge.

Data

Firma