

AL SIGNOR SINDACO
DEL COMUNE DI
CHIUSA DI SAN MICHELE

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

CHIEDE DI POTER USUFRUIRE DEL SERVIZIO DI ACCOMPAGNAMENTO SANITARIO
PER IL **GIORNO** _____

CON **PARTENZA** DA _____ **ALLE ORE** _____

IN FAVORE DI _____

(ACCOMPAGNATO DA UN FAMILIARE) ABITANTE A CHIUSA DI SAN MICHELE IN

VIA _____ **TEL.** _____

PER ESSERE ACCOMPAGNATO A _____

CON **AMBULANZA** PER _____

ALLE ORE _____.

CHIUSA DI SAN MICHELE _____

=====

ALLA CROCE VERDE VALSUSA
FAX 011-936.93.26

TEL.011-936.79.93
936.93.12
936.93.13

IL SERVIZIO E' IN CONVENZIONE COME DA TARIFFE APPROVATE CON
DELIBERAZIONE N.90 DELLA GIUNTA COMUNALE IN DATA 20/11/2013.

SI PRECISA CHE L'IMPORTO DOVUTO DI EURO _____ **DOVRA'** ESSERE
VERSATO DIRETTAMENTE ALL'INCARICATO DELLA CROCE VERDE VALSUSA.

DATA _____
