

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 **AUTOVETTURA** PER _____

ALLE ORE _____.

CHIUSA DI SAN MICHELE _____

=====

ALLA PUBBLICA ASSISTENZA VALMESSA
FAX 011-936.88.27

TEL.011-936.86.00

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

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

DATA _____
