

Al Sig. SINDACO
Del comune di MESTRINO

Mestrino, lì

Oggetto: RICHIESTA ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI TRASPORTO ANZIANI E DISABILI

La/Il....sottoscritta/o..... - cod.fisc.....

Nata/o....a.....il residente a...35035...MESTRINO..(PD).

In num. Fraz. E-mail:

(tel.....) **CHIEDE**

Per se stesso

Per conto di.....

nato/a a... ..in data.....residente nel comune di 35035 MESTRINO (PD)

in Viale..... num. Fraz.

A codesto Comune di usufruire del Servizio di Trasporto Anziani e Disabili nei giorni e negli orari sotto elencati; mi impegno a sostenere un colloquio con l'Assistente sociale, a collaborare con gli operatori dei Servizi sociali e a produrre la documentazione richiesta almeno 15 giorni prima del trasporto, salvo casi eccezionali.

GIORNI	ORARI
--------	-------

Dal/Il.....Al.....Dalle ore.....alle ore.....

Dal/Il.....Al.....Dalle ore.....alle ore.....

Dal/Il.....Al.....Dalle ore.....alle ore.....

Presso la struttura.....

di.....Prov.....

in Via.....n.....Tel.....

NOTE.....
.....
.....

In Fede

.....

.....

PRIVACY: SI AUTORIZZANO IL TRATTAMENTO, LA CONSERVAZIONE E LA TRASMISSIONE DEI DATI PERSONALI AI SENSI AI SENSI DEL D Lgs 101/2018 E DEL GDPR (REG. UE 2016/679), AI FINI DI PREDISPORRE, DI ATTUARE E DI RENDICONTARE IL SERVIZIO RICHIESTO

.....

.....