



COMUNE DI CIVIDATE AL PIANO

RICHIESTA SERVIZIO ASSISTENZIALE-TRASPORTO

In carta semplice

All'Ufficio Servizi Sociali
del Comune di
Cividate al Piano

Il/La sottoscritto/a _____ residente in
Cividate al Piano in via _____ telefono
n° _____ in riferimento al servizio in atto presso la Vostra
Amministrazione relativo al trasporto per terapie di persone disabili o portatrici di
handicap presso strutture ospedaliere,

chiede

di poter usufruire di tale servizio presso _____
al fine di poter svolgere _____ nella/e
seguinte/i giornata/e:

Giorno _____ andata ore _____ ritorno ore _____

Giorno _____ andata ore _____ ritorno ore _____

In attesa di un Vostro cenno di riscontro porgo distinti saluti.

FIRMA

Totale Km andata Totale Km ritorno per complessivi Km

Prezzo per ogni viaggio Euro (€ 0,25 a km) per complessivi €

Visto quanto esposto

SI PRENDE ATTO

IL FUNZIONARIO RESPONSABILE

Cividate al Piano, lì _____
