

SERVIZIO CIVILE NAZIONALE

RICHIESTA DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA AGLI ANZIANI

Il/la sottoscritto/anato/a.....

iletà.....sesso M/F residente in

.....in via/Piazza.....

telefono abitazione n°telefono cellulare

CHIEDE

Di poter usufruire dei servizi gratuiti appresso elencati :

SPESA.....

BOLLETTE.....

FARMACIA.....

ANDAR DAL MEDICO PER LE IMPEGNATIVE O VISITE MEDICHE.....

RACCOLTA DELLE IMPEGNATIVE PER TIMBRATURA PRESSO A.S.L...

ASCOLTO E COMPAGNIA DOMICILIARE.....

nei seguenti giorni :

LUNEDI dalle ore.....alle ore.....

MARTEDI dalle ore.....alle ore.....

MERCOLEDI dalle ore.....alle ore.....

GIOVEDI dalle ore.....alle ore.....

VENERDI dalle ore.....alle ore.....

SABATO dalle ore.....alle ore.....

NOTE:.....

.....

data

Firma
