

SERVIZIO CIVILE NAZIONALE

RICHIESTA DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA AGLI ANZIANI

Il/la sottoscritto/a .....nato/a.....

il .....età.....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

\_\_\_\_\_