C ITTA' di M A T I N O

Provincia di Lecce

SETTORE SERVIZI alla PERSONA

OGGETTO: **Richiesta servizio di supporto mobilità anziani.**

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____ e residente a Matino in via_____ n. ____ tel. _____,

C H I E D E

di poter usufruire del servizio gratuito di trasporto anziani – così come stabilito con atto di Consiglio Comunale n. 16 del 23/05/2005.

A tal fine, il/la sottoscritto/a, ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000, dichiara sotto la propria responsabilità di essere autosufficiente e pensionato/a.

In attesa di riscontro, porge distinti saluti.

Matino, _____ Firma

_____

****

La suddetta richiesta:

- ☐ viene accolta
- ☐ non viene accolta per _____

Visto: **l'Assistente Sociale**
Piera **INGUSCIO**

Il Responsabile
Dott. Marcello **DE LUCA**