



# COMUNE DI VERNATE

PROVINCIA DI MILANO

P.ZZA IV NOVEMBRE, 2

TEL 02/9001321 FAX 02/90013240

Vernate@tiscalinet.it

## **RICHIESTA PRESTITO AUSILII**

### ***DATI UTENTE***

COGNOME ..... NOME.....  
NATO A..... IL.....  
RESIDENTE IN.....  
VIA..... N°.....  
TELEFONO.....

### ***DATI RICHIEDENTE SE PERSONA DIVERSA DALL'UTENTE***

COGNOME.....NOME.....  
RESIDENTE IN.....  
VIA.....N°.....  
TELEFONO.....

( SAREBBE MEGLIO ACCOMPAGNARE LA RICHIESTA DEL PRESTITO AUSILII CON UN GIUDIZIO DI CONGRUITA' MEDICA DA PARTE DEL MEDICO CURANTE NELLA QUALE DEVE ESSERE SPECIFICATA LA PATOLOGIA DELL'UTENTE E IL TIPO DI AUSILIO RICHIESTO).

FIRMA RICHIEDENTE

.....

### **A CURA DELL'UFFICIO SERVIZI ALLA PERSONA**

**TIPO DI AUSILIO PRESTATO.....**  
**DATA DI CONSEGNA ALL'UTENTE.....**  
**DATA DI RICONSEGNA ALL'UFFICIO.....**

Il Responsabile del Servizio