



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