

COMUNE DI CAROVIGNO

Provincia di Brindisi

C.A.P. 72012

Tel.0831 / 997111 - fax 0831 / 992020

UFFICIO SERVIZI SOCIALI

[illegible]

Prot. N.

- ,

OGGETTO: Richiesta di partecipazione al soggiorno vacanza per anziani anno 2017.

_____ l _____ sottoscritt _____ nato/a il _____

a _____, residente in Carovigno alla Via _____

_____ C.F. _____ tel. _____

Familiare di riferimento, nome _____

tel. _____, grado di parentela _____.

CHIEDE

di poter aderire al soggiorno vacanza per anziani anno 2017, organizzato da codesta Amministrazione.

IN FEDE

Documenti allegati alla presente:

- 1. Certificato di autosufficienza rilasciato dal medico curante;**
- 2. Impegnativa Azienda U.S.L., rilasciata dal medico curante (solo per coloro che effettueranno le cure termali);**
- 3. Copia del Documento di Riconoscimento;**
- 4. Ricevuta del pagamento.**