



Comune di Giovinazzo

Assessorato alla Solidarietà Sociale e Sanità



Piazza Vittorio Emanuele II – Tel/Fax 0803945073 – Tel 0803949507

AL SIG. SINDACO
DEL COMUNE DI
GIOVINAZZO

Oggetto: **Trasporto da e per Centro di Riabilitazione.**

Il sottoscritto _____
nato a _____ il _____ e residente
a Giovinazzo in Via _____ n. _____ ,
telefono _____ ,

C H I E D E

il trasporto per la frequenza del “Centro di Riabilitazione” a partire dal _____
per mio figlio _____ .

Giovinazzo, _____

Il richiedente

Si allega
Certificato diagnostico rilasciato dal Centro di riabilitazione

Il sottoscritto, inoltre, dà esplicito consenso al trattamento dei propri dati personali ai sensi della Legge n. 675/98 e s.m.i., consapevole del fatto che, in mancanza del predetto consenso, la richiesta di che trattasi può subire notevole ritardo o impossibilità nella sua definizione.

Il dichiarante
