



COMUNE DI POGLIANO MILANESE
Settore Servizi Sociali
Richiesta di SERVIZIO TRASPORTO

Il/la sottoscritto/a _____ C.F. _____

residente a _____ Via/P.zza _____ n° _____

tel. _____

CHIEDE DI ACCEDERE AL SERVIZIO TRASPORTO ANZIANI AUTOSUFFICIENTI

DICHIARA

- di essere anziano ultrasessantacinquenne;
- di essere senza nucleo familiare o con familiari distanti dal proprio domicilio;
- di possedere un reddito complessivo di € _____;

SI IMPEGNA

- ad accettare le modalità di pagamento, se dovuto, e a presentarne ricevuta all'ufficio prima dell'effettuazione del servizio.

Pogliano Milanese, _____

Documentazione allegata:

- certificato di prenotazione visita / terapia
- mod. CUD o altra certificazione reddituale
- ricevuta del pagamento trasporto se dovuto