

DOMANDA DI ACCESSO PRESSO

SERVIZIO "A.P.A."

La/il sottoscritta/o _____ nata/o _____

Il _____ residente in _____

Via _____ cod. fisc. _____

Tel. _____ medico curante _____

Tel. _____ tessera sanit. n. _____

CHIEDE

Di essere ammessa/o presso _____

Per un periodo di tempo indeterminato (ingresso: _____)

Per un periodo di tempo determinato dal _____ al _____

DICHIARA

Di essere ammesso come atto di libera scelta

Di attenersi al rispetto del vigente regolamento

Di aver ricevuto la carta dei servizi

Casanova Lonati, lì

In fede
