



MODULO DI RICHIESTA DEL SERVIZIO DI TRASPORTO SOLIDALE

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
 il _____ residente a _____
 Cap _____ via _____
 tel/cell _____ em@il _____
 in qualità di Responsabile/Referente dell'ente _____
 con sede legale a _____ in via _____ n. _____

 impegnato nell'attività di _____

CHIEDE

Di poter fruire del servizio di trasporto solidale.

Luogo di partenza:

Città, via, n. civico _____

Orario di rientro: _____

DATI DEI FRUITORI DEL SERVIZIO

nr	COGNOME	NOME	SESSO (F/M)	ETA'	NAZIONALITA'
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					

Di cui:

n. ___ Minori a rischio; n. ___ Anziani; n. ___ Diversamente abili; n. ___ Immigrati; n. ___ Altro (specificare) _____

Firma del Referente/Responsabile _____