Al Responsabile dell’Area 4 Servizi al Cittadino

SEDE

**Oggetto: richiesta fruizione del servizio gratuito Comunale di accompagnamento anziani/disabili (con lieve compromissione funzionale) anno 2025/2026.**

\_\_l\_\_ sottoscritt\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente nel Comune di Pace del Mela in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cell.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CHIEDE

di poter fruire del servizio gratuito Comunale di accompagnamento anziani/disabili (con lieve compromissione funzionale) presso

* struttura sanitaria e/o medica *(specificare il luogo) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*
* posta, farmacia, altro luogo (*indicare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Ilservizio dovrà essere svolto per il giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a partire dalle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_ per una durata presunta di ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_l\_\_\_ sottoscritt\_\_ si impegna a sostenere soltanto le seguenti spese correlate al trasporto (canone pedaggio, canone parcheggio), nessun contributo è dovuto per il consumo carburante.

\_\_\_l\_\_\_ sottoscritt\_\_ esonera e manleva l’Amministrazione Comunale ed i ragazzi del Servizio Civile da qualsiasi responsabilità per lesioni a persone e/o danni a cose derivanti e connesse al servizio richiesto.

Pace del Mela \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_