

AL RESPONSABILE
U.F. SERVIZIO SOCIALE
NON AUTOSUFFICIENZA E DISABILITÀ
AZIENDA USL TOSCANA NORD OVEST
ZONA DISTRETTO ELBA

Azienda USL Toscana nord ovest



IL/LA SOTTOSCRITTO/A.....

NATO/A A IL

RESIDENTE A

IN VIA/LOC.

N° telefono.....

IN QUALITA' DI.....

DEL MINORE.....

NATO/A A IL

RESIDENTE A

IN VIA/LOC.

CHIEDE

CHE IL/LA MEDESIMO/A POSSA AVERE L'ASSISTENZA SPECIALISTICA

DURANTE L'INSERIMENTO AI CAMPI SOLARI ESTIVI E/O IL CAMPO

SOLARE

PERIODO.....

GIORNI.....

ORARIO DI FREQUENZA

Si allegano: copia della domanda di inserimento al campo solare e riconoscimento ai sensi della L.N. 104/1992 art. 3 comma 3.

LUOGO

DATA.....

FIRMA

Azienda Usl
Toscana nord ovest
sede legale
via Cocchi, 7
56121 - Pisa
P.IVA: 02198590503