

COMUNE DI CASALGRANDE

**PRENOTAZIONI PER SERVIZIO GRATUITO DI TRASPORTO
ANZIANI E DISABILI**

COGNOME _____ **NOME** _____

RESIDENTE IN VIA _____ **N°** _____

TELEFONO _____

PERSONA NON DEAMBULANTE, ACCOMPAGNATO DA

_____ **TELEFONO** _____

PORTATORE DI HANDICAP, ACCOMPAGNATO DA

_____ **TELEFONO** _____

SERVE CARROZZINA SI NO

**ANZIANO IMPOSSIBILITATO A RAGGIUNGERE IL SEGGIO
CON MEZZO PROPRIO E/O DI FAMILIARI.**

ALLEGARE DOCUMENTO D'IDENTITA'