



COMUNE DI PETRALIA SOTTANA
(Città Metropolitana di Palermo)

IL/A SOTTOSCRITTO/A _____ NATO/A _____

IL _____ E RESIDENTE A PETRALIA SOTTANA IN VIA _____

TEL N. _____ CON LA PRESENTE DICHIARA DI POSSEDERE I REQUISITI

PREVISTI DAL BANDO E CHIEDE DI POTER USUFRUIRE DEI SERVIZI **“SOGGETTI FRAGILI**

IN CONDIZIONI DI DISAGIO” COME PREVISTO DAL PROGETTO DEL SERVIZIO CIVILE

UNIVERSALE DENOMINATO “CAMMINARE INSIEME” PER LE SEGUENTI PRESTAZIONI:

NECESSITA' DI COMPAGNIA

DISBRIGO PRATICHE

ACQUISTO BENI DI PRIMA NECESSITA'

ACCOMPAGNAMENTO PRESSO UFFICI PUBBLICI O AMBULATORI MEDICI

RITIRO FARMACI

PETRALIA SOTTANA Li _____

FIRMA DEL RICHIEDENTE