

Servizio Disabilità Età Adulta
Distretto Sud

Al Responsabile del Servizio Disabilità Età Adulta
Conegliano

Il sottoscritto _____ in qualità di _____

dell'utente _____

richiede al Servizio Disabilità Età Adulta:

- relazione per visita di invalidità;
- relazione per visita ai sensi della legge 104/92;
- certificazione di frequenza del Centro Diurno _____ ;
- altra documentazione: _____ .

Lì, _____

Firma _____

Firma per ricevuta della documentazione richiesta _____

Data di ricevuta _____

Codice Aziendale R019_01_004

Approvato da: Responsabile del Servizio Disabilità Età Adulta in data 24/07/2014