

COMUNE DI DOLO * PROVINCIA DI VENEZIA**
Ufficio servizi sociali

SERVIZIO PASTI

Il / La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ CAP _____ in via _____ n. _____
recapito telefonico _____ (cell. _____)
in qualità di _____

CHIEDE

- PER SE STESSO
- PER UN FAMILIARE

Sig./ Sig.ra _____
nato/a _____ il _____
residente in via _____ n. _____
recapito telefonico _____ (cell. _____)

- L'erogazione del pasto da asporto a domicilio nei giorni di:

lunedì	Martedì	mercoledì	giovedì	venerdì	sabato	domenica
--------	---------	-----------	---------	---------	--------	----------

Dolo, li _____

Firma _____