

CSSM *Consorzio per i Servizi Socio-Assistenziali del Monregalese*

Servizio di Educativa Territoriale Disabili

Distretto di:

Il/La sottoscritto/a _____
in qualità di _____ del/la sig./sigra / minore
_____ nato/a a _____ Prov () il
_____ residente in _____ a
_____ Prov ().

CHIEDE

di poter usufruire del Servizio Educativo Territoriale Disabili:

- legge 104/92
- Legge 284/97
- Spazio di sollievo diurno
- Interventi extrascolastici disabili sensoriali
- Altro _____

Data _____

FIRMA
