



Comune di Savona

DISTRETTO SOCIO SANITARIO N. 7 SAVONESE

Segreteria Tecnica Via Quarda Inferiore n.4 – Savona

Tel. 019/854074 – 8428798 Fax 019/854074

SAVONA: __/__/____

OGGETTO: accesso al servizio del progetto "La protezione dei soggetti deboli, Trust e amministrazione di sostegno"

La/il sottoscritta/o _____
residente in _____ Via _____
telefono _____
Ambito Territoriale Sociale di _____

chiede

di poter ottenere un consulto gratuito c/o i Vostri uffici.

Le mie disponibilità sono nei seguenti orari: _____

Autorizzo il trattamento dei dati ai sensi del D. Lgs. n. 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali".

Attendo di essere contattata/o per un appuntamento.

Distinti saluti

firma _____