

Alla Responsabile del Servizio Sociale
del Comune di Sennori
Dott.ssa Alessandra Finà

Oggetto: TRASMISSIONE **DOCUMENTI PROGRAMMA “MI PRENDO
CURA” ANNO 2023**

BENEFICIARIO RAC _____

Io sottoscritto/a _____ residente a Sennori in
Via _____ in qualità di:

- UTENTE
- FAMILIARE DELEGATO
- RAPPRESENTANTE LEGALE DELL'UTENTE

TRASMETTO

Data _____

Firma _____