

Servizio di Trasporto

INFORMAZIONE

Il sottoscritto

COGNOME.....

NOME Tel.

CONFRONTO

Chiede che il proprio familiare

COGNOME.....

NOME

RESIDENTE A

IN VIA..... N.....

possa usufruire del Servizio di Trasporto “Auto Amica”

IL GIORNO.....

Specificare se:

SOLO ANDATA ALLE ORE.....

SOLO RITORNO ALLE ORE.....

ANDATA ALLE ORE.....E RITORNO ALLE ORE

Il servizio di trasporto è gratuito per il paziente che partecipa ai laboratori di Arteterapia e ai corsi di Psicomotricità organizzati dalla ONLUS.

Data

Firma del familiare

Per ulteriori informazioni contattare la segreteria dell'associazione ogni mercoledì al numero 0331-393443 dalle 15.00 alle 17.00

Dr. M. Franceschi

Dr.ssa M. Zuffi

Dr.ssa F. de Rino

Dr. A. Gavazzi

Dr. ssa S. Castiglioni

Dr.ssa T. Tentorio

Dr.ssa O. Pelati

Dr.ssa I. Mossali