# SPAZIO DELLA SOLIDARIETÀ

SERVIZIO CONSEGNA A DOMICILIO BENI PRIMA NECESSITÀ

PER PERSONE
- CON DISABILITÀ
- ANZIANE
- AMMALATE
- IN ACCERTATO STATO DI BISOGNO

#LASCIAMOCICONTAGIAREDALLASOLIDARIETÀ

COMUNICAZIONE ISTITUZIONALE COMUNE DI CORIGLIANO-ROSSANO

| N. | Nome Cognome Richiedente | Indirizzo | N. Telefono |
|---|---|---|---|
| | | | |

| ELENCO SPESA: | |
|---|---|
| | |
| **IMPORTO TOTALE** | **RESTO** |
| **FIRMA LEGGIBILE OPERATORE PRESA IN CARICO** | **Ora chiamata** / **Ora spesa** |
| **FIRMA LEGGIBILE OPERATORE SPESA** | **EVENTUALI NOTE E SEGNALAZIONI:** |
| **FIRMA RICHIEDENTE** | |

**BISOGNO APPURATO DEL RICHIEDENTE**

Bassa — Alta

**1** **2** **3** **4** **5** **6**