

**AL COMUNE DI TREZZANO S/N**

Ufficio Servizi Sociali  
Via Boito, 5/7  
20090 Trezzano sul Naviglio (MI)

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_

nat\_\_\_a \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_

chiede di poter partecipare al servizio di trasporto A/R allo stabilimento di RIVANAZZANO (PV) ,  
organizzato dal Comune di Trezzano S/N dal 20/10/2025 al 01/11/2025

(visita medica il 17/10/2025)

\_\_\_\_\_

Terapia scelta \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_