Città di Castel Maggiore

Città metropolitana di Bologna

Castel Maggiore _____

Richiedente Cognome _____ Nome _____

Nato/a il _____ a _____

Residente a _____ Via _____ N. _____

Telefono _____

Richiede la fornitura di una mascherina e , a tal fine, dichiara :

1. di averne diritto in quanto :

☐ FAMILIARI E CONTATTI DI SOGGETTI AD ALTO RISCHIO

☐ PERSONA DI ETA' INFERIORE A 65 ANNI AFFETTA DA PATOLOGIA CHE AUMENTANO IL RISCHIO DI COMPLICANZE DA INFLUENZA

☐ GRAVIDANZA

☐ DONATORE DI SANGUE

2. di non avere effettuato altre richieste di mascherine al Comune di Castel Maggiore;

NOTE _____

_____

****

CONSEGNA

La mascherina è stata consegnata il giorno _____