

Al Dirigente dell' Area A3
Servizi Sociali e Sport
Ufficio Anziani e Inabili
COMUNE DI AOSTA
Via Abbé Chanoux, 2 e 4
11100 AOSTA

Il/la sottoscritto/a _____
in qualità di _____
del Sig./della Sig.ra _____

ospite presso:

Micro Comunità: _____

Centro Diurno: _____

Utente servizio S.A.D.

- **Comunica il nuovo indirizzo dove inviare le comunicazioni/i bollettini:**

- **Autorizza la domiciliazione bancaria dei pagamenti sul conto corrente intestato a:**

Presso l' Istituto Bancario _____

Codice IBAN (27 caratteri)

Cordiali saluti,

Data _____

Firma
