

Evacuacions especials



Si no disposa de vehicle propi o si a casa seva hi viu una persona malalta o discapacitada que requereix un trasllat especial, empleni aquesta butlleta i enviï-la a l'Ajuntament.

Sr./Sra. secretari/ària de l'Ajuntament de _____

Carrer _____ Població _____ CP _____

A causa de: Manca de vehicle Malaltia Discapacitat (marqui amb una aspa el que correspongui).

No puc abandonar pels meus propis mitjans la urbanització _____
en cas d'emergència necessitaré assistència especial.

Tipus d'assistència requerida (solament per a malalts i discapacitats) _____

Nom _____

Adreça _____ Telèfon _____