

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, ompleni aquesta butlleta i envii-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 _____

Evacuaciones especiales



Si no dispone de vehículo propio o si en su casa vive una persona enferma o discapacitada que requiere un traslado especial, rellene este cupón y envíelo al Ayuntamiento.

Sr./Sra. secretario/a del Ayuntamiento de _____

Calle _____ Población _____ CP _____

Debido a: Falta de vehículo Enfermedad Discapacidad (marque con un aspa lo que corresponda)

No puedo abandonar por mis propios medios la urbanización _____

en caso de emergencia y necesitare asistencia especial.

Tipo de asistencia requerida (sólo para enfermos y discapacitados) _____

Nombre _____

Dirección _____ Teléfono _____