



Centro
Funzionaria

Scheda: **CB4**
Per la FUNZIONE : **SANITÀ, ASSISTENZA SOCIALE E VETERINARIA**
TIPOLOGIA : **Portatori di Handicap**

Comune di: Mosciano Sant'Angelo

Cognome [REDACTED] Nome [REDACTED]
Indirizzo Residenza
CAP 64023 Comune MOSCIANO S.A. Prov. TE via o altro [REDACTED] cell [REDACTED]
Tipologia Handicap : non vedente sordomuto malattie mentali altro
Deambulante : Sì No
Necessita di assistenza: Sì No
DATI ASSISTENTE:
Cognome [REDACTED] Nome [REDACTED]
CAP 64023 Comune MOSCIANO S.A. Prov. TE via o altro [REDACTED] cell [REDACTED]

Cognome [REDACTED] Nome [REDACTED]
Indirizzo Residenza
CAP 64023 Comune MOSCIANO S.A. Prov. TE via o altro [REDACTED] cell [REDACTED]
Tipologia Handicap : non vedente sordomuto malattie mentali altro
Deambulante : Sì No
Necessita di assistenza: Sì No
DATI ASSISTENTE:
Cognome [REDACTED] Nome [REDACTED]
CAP 64023 Comune MOSCIANO S.A. Prov. TE via o altro [REDACTED] cell [REDACTED]

Cognome [REDACTED] Nome [REDACTED]
Indirizzo Residenza
CAP 64023 Comune MOSCIANO S.A. Prov. TE via o altro [REDACTED] cell [REDACTED]
Tipologia Handicap : non vedente sordomuto malattie mentali altro
Deambulante : Sì No
Necessita di assistenza: Sì No
DATI ASSISTENTE:
Cognome [REDACTED] Nome [REDACTED]
CAP 64023 Comune MOSCIANO S.A. Prov. TE via o altro [REDACTED] cell [REDACTED]

Cognome **HALILA** Nome [REDACTED]
Indirizzo Residenza
CAP 64023 Comune MOSCIANO S.A. Prov. TE via o altro [REDACTED] cell [REDACTED]
Tipologia Handicap : non vedente sordomuto malattie mentali altro
Deambulante : Sì No



Centro
Funziona
le

Scheda: **CB4**

Per la FUNZIONE : **SANITÀ, ASSISTENZA SOCIALE E VETERINARIA**
TIPOLOGIA : **Portatori di Handicap**

Necessita di assistenza: Sì No

DATI ASSISTENTE:

Cognome **HALILA** Nome **██████████**
CAP 64023 Comune MOSCIANO S.A. Prov. TE via o altro **██████████** cell **██████████**

Cognome **██████████** Nome **██████████**

Indirizzo Residenza

CAP 64023 Comune MOSCIANO S.A. Prov. TE via o altro **██████████** cell **██████████**
Tipologia Handicap : non vedente sordomuto malattie mentali altro

Deambulante : Sì No

Necessita di assistenza: Sì No

DATI ASSISTENTE:

Cognome _____ Nome _____
CAP _____ Comune _____ Prov. _____ via o altro _____ N° _____
telefono _____ cell _____ email _____

Cognome **██████████** Nome **██████████**

Indirizzo Residenza

CAP 64023 Comune MOSCIANO S.A. Prov. TE via o altro **██████████** cell **██████████**
Tipologia Handicap : non vedente sordomuto malattie mentali altro

Deambulante : Sì No

Necessita di assistenza: Sì No

DATI ASSISTENTE:

Cognome **██████████** Nome **██████████**
CAP 64023 Comune MOSCIANO S.A. Prov. TE via o altro **██████████** cell **██████████**

Cognome **██████████** Nome **██████████**

Indirizzo Residenza

CAP 64023 Comune MOSCIANO S.A. Prov. TE via o altro **██████████** cell **██████████**
Tipologia Handicap : non vedente sordomuto malattie mentali altro

Deambulante : Sì No

Necessita di assistenza: Sì No

DATI ASSISTENTE:

Cognome **██████████** Nome **██████████**
CAP 64023 Comune MOSCIANO S.A. Prov. TE via o altro **██████████** cell **██████████**

Cognome **██████████** Nome **██████████**

Indirizzo Residenza

CAP 64023 Comune MOSCIANO S.A. Prov. TE via o altro **██████████** cell **██████████**



Centro
Funziona
le

Scheda: **CB4**

Per la FUNZIONE : **SANITÀ, ASSISTENZA SOCIALE E VETERINARIA**
TIPOLOGIA : **Portatori di Handicap**

Tipologia Handicap : non vedente sordomuto malattie mentali altro

Deambulante : Sì No

Necessita di assistenza: Sì No

DATI ASSISTENTE:

Cognome _____ Nome _____
CAP Comune _____ Prov. via o altro _____ N° _____
telefono _____ cell _____ email _____

Cognome _____ Nome _____

Indirizzo Residenza

CAP 64023 Comune MOSCIANO S.A. Prov. TE via o altro _____ cell _____

Tipologia Handicap : non vedente sordomuto malattie mentali altro

Deambulante : Sì No

Necessita di assistenza: Sì No

DATI ASSISTENTE:

Cognome _____ Nome _____
CAP 64023 Comune MOSCIANO S.A. Prov. TE via o altro _____ cell _____

Cognome _____ Nome _____

Indirizzo Residenza

CAP 64023 Comune MOSCIANO S.A. Prov. TE via o altro _____ cell _____

Tipologia Handicap : non vedente sordomuto malattie mentali altro

Deambulante : Sì No

Necessita di assistenza: Sì No

DATI ASSISTENTE:

Cognome _____ Nome _____
CAP 64023 Comune MOSCIANO S.A. Prov. TE via o altro _____ cell _____

Cognome _____ Nome _____

Indirizzo Residenza

CAP 64023 Comune MOSCIANO S.A. Prov. TE via o altro _____ cell _____

Tipologia Handicap : non vedente sordomuto malattie mentali altro

Deambulante : Sì No

Necessita di assistenza: Sì No

DATI ASSISTENTE:

Cognome _____ Nome _____
CAP 64023 Comune MOSCIANO S.A. Prov. TE via o altro _____ cell _____



Centro
Funziona
le

Scheda: **CB4**
Per la FUNZIONE : **SANITÀ, ASSISTENZA SOCIALE E VETERINARIA**
TIPOLOGIA : **Portatori di Handicap**

| | | | |
|---|-------------------------------|------------------------|-----------------|
| Cognome [REDACTED] | | Nome [REDACTED] | |
| Indirizzo Residenza | | | |
| CAP 64023 | Comune MOSCIANO S.A. Prov. TE | via o altro [REDACTED] | cell [REDACTED] |
| Tipologia Handicap : <input type="checkbox"/> non vedente <input type="checkbox"/> sordomuto <input type="checkbox"/> malattie mentali <input type="checkbox"/> altro | | | |
| Deambulante : <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | | | |
| Necessita di assistenza: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | | | |
| DATI ASSISTENTE: | | | |
| Cognome [REDACTED] | | Nome [REDACTED] | |
| CAP 64023 | Comune MOSCIANO S.A. Prov. TE | via o altro [REDACTED] | cell [REDACTED] |
| Cognome [REDACTED] | | Nome [REDACTED] | |
| Indirizzo Residenza | | | |
| CAP 64023 | Comune MOSCIANO S.A. Prov. TE | via o altro [REDACTED] | cell [REDACTED] |
| Tipologia Handicap : <input type="checkbox"/> non vedente <input type="checkbox"/> sordomuto <input type="checkbox"/> malattie mentali <input type="checkbox"/> altro | | | |
| Deambulante : <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | | | |
| Necessita di assistenza: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | | | |
| DATI ASSISTENTE: | | | |
| Cognome [REDACTED] | | Nome [REDACTED] | |
| CAP 64023 | Comune MOSCIANO S.A. Prov. TE | via o altro [REDACTED] | cell [REDACTED] |
| Cognome [REDACTED] | | Nome [REDACTED] | |
| Indirizzo Residenza | | | |
| CAP 64023 | Comune MOSCIANO S.A. Prov. TE | via o altro [REDACTED] | cell [REDACTED] |
| Tipologia Handicap : <input type="checkbox"/> non vedente <input type="checkbox"/> sordomuto <input type="checkbox"/> malattie mentali <input type="checkbox"/> altro | | | |
| Deambulante : <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | | | |
| Necessita di assistenza: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | | | |
| DATI ASSISTENTE: | | | |
| Cognome | | Nome | |
| CAP | Comune | Prov. | via o altro |
| telefono | | cell | email |
| Cognome [REDACTED] | | Nome [REDACTED] | |
| Indirizzo Residenza | | | |
| CAP 64023 | Comune MOSCIANO S.A. Prov. TE | via o altro [REDACTED] | cell [REDACTED] |
| Tipologia Handicap : <input type="checkbox"/> non vedente <input type="checkbox"/> sordomuto <input type="checkbox"/> malattie mentali <input type="checkbox"/> altro | | | |
| Deambulante : <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | | | |
| Necessita di assistenza: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | | | |
| DATI ASSISTENTE: | | | |



Centro
Funziona
le

Scheda: **CB4**
Per la FUNZIONE : **SANITÀ, ASSISTENZA SOCIALE E VETERINARIA**
TIPOLOGIA : **Portatori di Handicap**

| Cognome | Nome | N° |
|---|--|-------------------|
| CAP | Comune | Prov. via o altro |
| telefono | cell | email |
| Cognome [REDACTED] | Nome [REDACTED] | |
| Indirizzo Residenza | | |
| CAP 64023 | Comune MOSCIANO S.A. Prov. TE via o altro [REDACTED] | cell [REDACTED] |
| Tipologia Handicap : <input type="checkbox"/> non vedente <input type="checkbox"/> sordomuto <input type="checkbox"/> malattie mentali <input type="checkbox"/> altro | | |
| Deambulante : <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | | |
| Necessita di assistenza: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | | |
| DATI ASSISTENTE: | | |
| Cognome [REDACTED] | Nome [REDACTED] | |
| CAP 64023 | Comune MOSCIANO S.A. Prov. TE via o altro [REDACTED] | |
| Cognome [REDACTED] | Nome [REDACTED] | |
| Indirizzo Residenza | | |
| CAP 64023 | Comune MOSCIANO S.A. Prov. TE via o altro [REDACTED] | cell [REDACTED] |
| Tipologia Handicap : <input type="checkbox"/> non vedente <input type="checkbox"/> sordomuto <input type="checkbox"/> malattie mentali <input type="checkbox"/> altro | | |
| Deambulante : <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | | |
| Necessita di assistenza: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | | |
| DATI ASSISTENTE: | | |
| Cognome | Nome | N° |
| CAP | Comune | Prov. via o altro |
| telefono | cell | email |
| Cognome [REDACTED] | Nome [REDACTED] | |
| Indirizzo Residenza | | |
| CAP 64023 | Comune MOSCIANO S.A. Prov. TE via o altro [REDACTED] | |
| Tipologia Handicap : <input type="checkbox"/> non vedente <input type="checkbox"/> sordomuto <input type="checkbox"/> malattie mentali <input type="checkbox"/> altro | | |
| Deambulante : <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | | |
| Necessita di assistenza: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | | |
| DATI ASSISTENTE: | | |
| Cognome [REDACTED] | Nome [REDACTED] | |
| CAP 64023 | Comune MOSCIANO S.A. Prov. TE via o altro [REDACTED] | |
| Cognome [REDACTED] | Nome [REDACTED] | |
| Indirizzo Residenza | | |
| CAP 64023 | Comune MOSCIANO S.A. Prov. TE via o altro [REDACTED] | |
| Tipologia Handicap : <input type="checkbox"/> non vedente <input type="checkbox"/> sordomuto <input type="checkbox"/> malattie mentali <input type="checkbox"/> altro | | |



Centro
Funzionaria

Scheda: **CB4**

Per la FUNZIONE : **SANITÀ, ASSISTENZA SOCIALE E VETERINARIA**
TIPOLOGIA : **Portatori di Handicap**

Deambulante : Sì No

Necessita di assistenza: Sì No

DATI ASSISTENTE:

Cognome [redacted] Nome [redacted]

CAP 64023 Comune MOSCIANO S.A. Prov. TE via o altro [redacted]

Cognome [redacted] Nome [redacted]

Indirizzo Residenza

CAP 64023 Comune MOSCIANO S.A. Prov. TE via o altro [redacted]

Tipologia Handicap : non vedente sordomuto malattie mentali altro

Deambulante : Sì No

Necessita di assistenza: Sì No

DATI ASSISTENTE:

Cognome [redacted] Nome [redacted]

CAP 64023 Comune MOSCIANO S.A. Prov. TE via o altro [redacted]

Cognome [redacted] Nome [redacted]

Indirizzo Residenza

CAP 64023 Comune MOSCIANO S.A. Prov. TE via o altro [redacted] cell [redacted]

Tipologia Handicap : non vedente sordomuto malattie mentali altro

Deambulante : Sì No

Necessita di assistenza: Sì No

DATI ASSISTENTE:

Cognome [redacted] Nome [redacted]

CAP 64023 Comune MOSCIANO S.A. Prov. TE via o altro [redacted]

Cognome [redacted] Nome [redacted]

Indirizzo Residenza

CAP 64023 Comune MOSCIANO S.A. Prov. TE via o altro [redacted]

Tipologia Handicap : non vedente sordomuto malattie mentali altro

Deambulante : Sì No

Necessita di assistenza: Sì No

DATI ASSISTENTE:

Cognome [redacted] Nome [redacted]

CAP 64023 Comune MOSCIANO S.A. Prov. TE via o altro [redacted]

Cognome [redacted] Nome [redacted]



Centro
Funzionaria

Scheda: **CB4**

Per la FUNZIONE : **SANITÀ, ASSISTENZA SOCIALE E VETERINARIA**
TIPOLOGIA : **Portatori di Handicap**

Indirizzo Residenza

CAP 64023 Comune MOSCIANO S.A. Prov. TE via o altro [REDACTED]

Tipologia Handicap : non vedente sordomuto malattie mentali altro

Deambulante : Sì No

Necessita di assistenza: Sì No

DATI ASSISTENTE:

Cognome [REDACTED] Nome [REDACTED]

CAP 64023 Comune MOSCIANO S.A. Prov. TE via o altro [REDACTED]

Cognome [REDACTED] Nome [REDACTED]

Indirizzo Residenza

CAP 64023 Comune MOSCIANO S.A. Prov. TE via o altro [REDACTED]

Tipologia Handicap : non vedente sordomuto malattie mentali altro

Deambulante : Sì No

Necessita di assistenza: Sì No

DATI ASSISTENTE:

Cognome [REDACTED] Nome [REDACTED]

CAP 64023 Comune MOSCIANO S.A. Prov. TE via o altro [REDACTED]

Cognome [REDACTED] Nome [REDACTED]

Indirizzo Residenza

CAP 64023 Comune MOSCIANO S.A. Prov. TE via o altro [REDACTED]

Tipologia Handicap : non vedente sordomuto malattie mentali altro

Deambulante : Sì No

Necessita di assistenza: Sì No

DATI ASSISTENTE:

Cognome [REDACTED] Nome [REDACTED]

CAP 64023 Comune MOSCIANO S.A. Prov. TE via o altro [REDACTED]

Cognome [REDACTED] Nome [REDACTED]

Indirizzo Residenza

CAP 64023 Comune MOSCIANO S.A. Prov. TE via o altro [REDACTED]

Tipologia Handicap : non vedente sordomuto malattie mentali altro

Deambulante : Sì No

Necessita di assistenza: Sì No

DATI ASSISTENTE:



Centro
Funziona
le

Scheda: **CB4**

Per la FUNZIONE : **SANITÀ, ASSISTENZA SOCIALE E VETERINARIA**
TIPOLOGIA : **Portatori di Handicap**

| | | | |
|----------------------------|--|-------------|--|
| Cognome | ██████████ | Nome | ██████████ |
| CAP 64023 | Comune MOSCIANO S.A. Prov. TE | via o altro | ██ |
| Indirizzo Residenza | | | |
| CAP 64023 | Comune MOSCIANO S.A. Prov. TE | via o altro | ██ |
| Tipologia Handicap | : <input type="checkbox"/> non vedente <input type="checkbox"/> sordomuto <input type="checkbox"/> malattie mentali <input type="checkbox"/> altro | | |
| Deambulante | : <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | | |
| Necessita di assistenza: | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | | |
| DATI ASSISTENTE: | | | |
| Cognome | ██████████ | Nome | ██████████ |
| CAP 64023 | Comune MOSCIANO S.A. Prov. TE | via o altro | ██ |
| Indirizzo Residenza | | | |
| CAP 64023 | Comune MOSCIANO S.A. Prov. TE | via o altro | ██ |
| Tipologia Handicap | : <input type="checkbox"/> non vedente <input type="checkbox"/> sordomuto <input type="checkbox"/> malattie mentali <input type="checkbox"/> altro | | |
| Deambulante | : <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | | |
| Necessita di assistenza: | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | | |
| DATI ASSISTENTE: | | | |
| Cognome | | Nome | |
| CAP | | Comune | Prov. via o altro |
| telefono | cell | N° | email |
| Indirizzo Residenza | | | |
| CAP 64023 | Comune MOSCIANO S.A. Prov. TE | via o altro | ██ |
| Tipologia Handicap | : <input type="checkbox"/> non vedente <input type="checkbox"/> sordomuto <input type="checkbox"/> malattie mentali <input type="checkbox"/> altro | | |
| Deambulante | : <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | | |
| Necessita di assistenza: | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | | |
| DATI ASSISTENTE: | | | |
| Cognome | ██████████ | Nome | ██████████ |
| CAP 64023 | Comune MOSCIANO S.A. Prov. TE | via o altro | ██ |

Note: