



WC per disabili n. 1

**Locali:**

: mq

: mq.....

: mq

: mq.....

**Presenza di cassetta di pronto soccorso:**  si  no

**Accessibilità disabili**  si  no

condizionata a

**Parcheggio** \_\_\_\_\_ **n posti auto** \_\_\_\_\_

**Dotazione arredi** \_\_\_\_\_

**Attuale utilizzo:** centro di aggregazione per anziani.

**Altro** \_\_\_\_\_