

**Al Sig. Sindaco del Comune di SCALETTA ZANCLEA**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**di poter usufruire del servizio di assistenza domiciliare anziani/disabili**

per se stesso/a  per il/la Sig./ra

\_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_ )  
in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_

A tal fine

**DICHIARA**

che il nucleo familiare del beneficiario è così composto:

<b>NOME</b>	<b>COGNOME</b>	<b>LUOGO E DATA DI NASCITA</b>	<b>RELAZIONE DI PARENTELA</b>

**ALLEGA alla presente:**

- Certificazione del medico curante o certificato di invalidità posseduta;
- Fotocopia carta d'identità in corso di validità del richiedente e/o del beneficiario.

(Luogo e data)

\_\_\_\_\_

(Firma leggibile)

\_\_\_\_\_