



AREA OMOGENEA DISTRETTUALE N. 2

Comune Capofila Pagliara

Furci Siculo - Roccalumera - Mandanici - Nizza di Sicilia - Fiumedinisi - Alì Terme - Alì - Itala - Scaletta Zancalea.

MODULO DI ISTANZA PER L'EROGAZIONE DEL P.A.I. TRAMITE VOUCHER

**Al Sig. Sindaco
COMUNE DI**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____

(___) il ___/___/___ Residente a _____ (___) in via
_____ n. _____

Codice Fiscale .../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../...

in qualità di _____ telefono _____

CHIEDE

di poter usufruire dei servizi attuati dall' A.O.D. n.2 Comune capofila Pagliara:

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 _____

DICHIARA

che il nucleo familiare del beneficiario è così composto:

NOME	COGNOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	RELAZIONE DI PARENTELA

che usufruisce di :

servizi o prestazioni sociali di assistenza pubblica quali:

ALLEGA alla presente:

1. Attestazione ISEE completa di DSU ai sensi del DPCM 05/12/2013 n.159 in corso di validità;
2. Certificazione del medico curante / Invalidità Civile (Legge 104/92);
3. Fotocopia carta d'identità in corso di validità del richiedente e/o del beneficiario;
4. Altra documentazione_____.

AUTORIZZA

il Comune di _____ al trattamento dei dati rilasciati ai sensi del D. Lgs. 196/2003.

(Luogo e data)

(Firma leggibile)
