

Al Sindaco del Comune di _____

Il sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il
_____; residente a _____ in Via/P.zza
_____ n. _____; tel.:
_____, C.F.: _____;

CHIEDE

di poter inoltrare domanda a favore di _____ nato a
_____ il _____ in qualità di
_____ al fine di usufruire del servizio di
assistenza domiciliare previsto dal Progetto “Servizio Integrato Disabili Gravi – L. n. 162/98” del
Piano di Zona del Distretto Socio-Sanitario RM G 6.

La modalità prescelta è la seguente:

- DIRETTA
- INDIRETTA

Si allega la seguente documentazione:

- 1) Copia del Verbale di invalidità rilasciato dalla competente Commissione Medica, attestante l'handicap grave ai sensi dell'art. 3, comma 3, L. n. 102/92;
- 2) Attestazione I.S.E.E. calcolato in base ai redditi prodotti dall'intero nucleo familiare prodotti nell'anno 2005.

_____ li _____

Firma
