



**RICHIESTA DI ASSISTENZA DOMICILIARE PER PORTATORI DI HANDICAP
PSICO-FISICO-SENSORIALE E DISAGIO SOCIALE – Progetto AD**

(ai sensi dell'art. 4, legge 104/1992)

al
COMUNE di MORICONE – **Servizi
Sociali**
Piazza Sante Aureli, 1 - 00010 Moricone

___L___ sottoscritt___ _____
nat___ a _____ Prov. [__], il [__]/[__]/[____]
residente in via/piazza _____, n° _____ - c.a.p. [____]
città _____ Prov. [__]
codice fiscale n° [____] [____] [____] [____]
tel _____ - fax _____ e-mail _____

CHIEDE

L'attivazione del servizio di assistenza domiciliare a favore di:

Cognome _____ Nome _____
nat___ a _____ Prov. [__], il [__]/[__]/[____]
tipo di handicap e/o disagio _____

_____, li [__]/[__]/20[__]

FIRMA

.....