

**All’Ufficio Servizi Sociali
del Comune di Castel di Iudica**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____

Il _____ e residente in questo Comune in Via _____

Telefono _____ cellulare _____

C H I E D E

di poter usufruire del servizio di assistenza domiciliare per disabili, Azione 7 del PdZ 2013/2015 dichiarando sotto la propria responsabilità:

1. a) di essere in possesso della seguente di invalidità: _____

2. a) di rientrare nella seguente condizione economica (I.S.E.E.)

- €. 0 – €. 3.000,00
- €. 3.000,01 – €. 4.500,00
- €. 4.500,01 - €. 6.000,00
- €. 6.000,01 - €. 7.000,00

3. che il proprio nucleo familiare è così composto (componenti conviventi)

nome	cognome	età	grado di parentela

Dichiaro, inoltre, di avere n° _____ figli e che i medesimi sono residenti a _____

4. di non avere in atto alcun servizio (ADI, assegno/servizi disabilità gravissima, ecc.);

A tal fine allega alla presente:

- Certificato di invalidità civile e/o legge 104/92
- Attestazione ISEE
- Copia documento di identità
- Altro _____

Il/La Richiedente
