



COMUNE DI STINTINO
Settore Servizi Sociali

Al Sig. Sindaco del
Comune di Stintino

Oggetto: richiesta servizio di assistenza domiciliare.

Il/La sottoscritt _____ nat ____ a _____

il _____ e residente a _____ in Via _____ n° _____

C.F. _____ telef. n° _____;

CHIEDE

per sé;

per il/la sig./ra _____ nat ____ a _____ il _____

e residente a Stintino in Via _____ n° _____

C.F. _____ telef. n° _____;

di poter usufruire del servizio di Assistenza Domiciliare per n° _____ ore settimanali.

A tal fine dichiara, ai sensi dell'art. 2 L. 04/01/1968 n. 15 come modificato dall'art. 3 comma 10 L.15/05/1997 n. 127, che il nucleo familiare del richiedente è così composto:

COGNOME E NOME	GRADO DI PARENTELA	DATA DI NASCITA

Stintino, _____

IL RICHIEDENTE

Si allega alla presente:

- 1) dichiarazioni dei redditi di tutto il nucleo familiare (Mod. 740 o, per coloro non soggetti alla presentazione di tale modello, mod. 101, 201 o 730) o Modello Cud.