

AL COMUNE DI SAN SPERATE  
- UFFICIO SERVIZI SOCIALI -

Oggetto: SERVIZIO ACCOMPAGNAMENTO E ASSISTENZA DISABILI

IL SOTTOSCRITTO \_\_\_\_\_ NATO A \_\_\_\_\_

IL \_\_\_\_\_ RESIDENTE IN SAN SPERATE - VIA \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_ TELEFONO N. \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

**CHIEDE** ( ) - PER SE STESSO;

( ) - PER \_\_\_\_\_ NATO A \_\_\_\_\_

IL \_\_\_\_\_ RESIDENTE IN S. SPERATE - VIA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

DI POTER USUFRUIRE DEL SERVIZIO DI CUI ALL'OGGETTO, AL FINE DI POTERSI RECARE PRESSO:

\_\_\_\_\_

PER I SEGUENTI MOTIVI: \_\_\_\_\_

- Per il giorno \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_
- Per il periodo decorrente dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ - dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

**Comunica che il Servizio medesimo si protrarrà per: [ ] meno di 3 ore – [ ] più di 3 ore;**

ALLEGA LA SEGUENTI DOCUMENTAZIONE:

( ) DICHIARAZIONE **I.S.E.E.** ORDINARIO O PER PRESTAZIONI SOCIO-SANITARIE;

( ) CERTIFICATO MEDICO, ATTESTANTE LA CONDIZIONE DI SALUTE DEL RICHIEDENTE;

**Il sottoscritto autorizza l'Ente ad utilizzare i dati personali esclusivamente per i fini istituzionali e dell'Ufficio di Servizio Sociale, così come previsto dal D. Lgs. 196/2003.**

Data \_\_\_\_\_

**F I R M A**

---

COMUNE DI SAN SPERATE (Provincia di Cagliari) – UFFICIO SERVIZI SOCIALI

VISTO: ESPRIME PARERE FAVOREVOLE CON DECORRENZA \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

L'ASSISTENTE SOCIALE

=====