



CITTA' DI LICATA

COMUNE DI PALMA DI MONTECHIARO

DISTRETTO SOCIO - SANITARIO D5

Richiesta Assistenza Domiciliare (PAC Anziani - ADA)

Comune di _____

**Ufficio Servizio Sociale
Sede**

Il/la _____

Consapevole della responsabilità penale in caso di dichiarazione falsa non corrispondente al vero, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 N. 445, dichiara di essere:

nato/a _____ il _____

di essere residente a _____ in via _____

n. _____ codice fiscale _____ tel. _____

cell _____ e mail _____

- Chiede per se stesso
- Chiede per il proprio familiare (da compilare solo in caso di delegato/ tutore/procuratore):

Soggetto beneficiario:

Nome e Cognome _____

Nat _____ a _____ il _____

Di essere residente a _____ in Via _____

n. _____ codice fiscale _____

cell. _____ email _____

di essere inserito, per l'anno 2019/20 nella graduatoria del servizio ADA

Allega i seguenti documenti:

- Attestazione Isee anno 2019
- Certificazione medica comprovante il grado di non autosufficienza
- Copia del documento di riconoscimento

