

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

per se stesso

O nella qualità di  figlio/a ,  tutore,  curatore,  altro ( specificare) \_\_\_\_\_

-per conto del/della

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, residente in

\_\_\_\_\_ all'indirizzo \_\_\_\_\_

C. F. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Di essere inserito nell'apposito elenco, redatto da questo Comune , per persone anziane o/e disabili che hanno bisogno dei seguenti servizi gratuiti che verranno espletati dagli operatori del "Servizio Civile Universale" :

- Disbrigo pratiche ( spesa, pagamento varie utenze, consegna medicinali, ecc ) ;
- Accompagnamento visite mediche e prelievi ;
- Accompagnamento ad attività di socializzazione ;
- Mantenimento delle funzioni relazionali ;
- Aiuto domestico;
- Segretariato sociale;

**Si allega :**

- Fotocopia del documento di riconoscimento e C.F. in corso di validità del richiedente e del beneficiario se persona differente;

*data* \_\_\_\_\_

*Firma*

\_\_\_\_\_