

Al Sig. Sindaco
Al Responsabile Servizio Civile
COMUNE DI PIETRAFITTA (CS)

OGGETTO: RICHIESTA DI ASSISTENZA ANZIANI E DISABILI – MEDIANTE IL PROGETTO DI SERVIZIO CIVILE

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (_____)

il ____/____/____ residente a _____ (____) in via _____ n _____

Codice Fiscale: _____

Telefono _____

CHIEDE
DI POTER USUFRUIRE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA ANZIANI E DISABILI
DI CUI AL PROGETTO SERVIZIO CIVILE DEL COMUNE DI PIETRAFITTA

Per se stesso/a _____

per il/la Sig./ra _____

Nato/a _____ il ____/____/____ residente in Pietrafitta alla via _____

Recapiti telefonici _____

Gradi di parentela: marito/moglie _____ genitore _____ suocero/a _____ cognato/a _____ altro _____
(specif) _____

Si allega:

AUTORIZZA

Il Comune di Pietrafitta al trattamento dei dati rilasciati, ai sensi del D.lgs 196/2003.

(luogo e data)

(Firma)