



Comune di Giovinazzo
Ass. alla Solidarietà Sociale

Ambito Territoriale n.1 Piano Sociale di
Zona A.S.L. BA



Comune di Molfetta
Settore Welfare Cittadino

Prot. n. _____ del _____

Settore Welfare Cittadino
S E D E

Oggetto: Richiesta di assistenza domiciliare ai disabili.

Il /la sottoscritto/a _____ genitore del disabile
_____ nato/a _____ il _____ e
residente a _____ in Via _____ n. _____

CHIEDE

Di poter usufruire del servizio di Assistenza Domiciliare ai Disabili.

Dichiara che il disabile è in possesso del verbale di accertamento di handicap ai sensi della legge n.104/92 con attestazione di disabilità grave ai sensi dell'art.3 comma3 della predetta legge.

- Si allega alla presente attestazione ISEE in corso di validità
- attestazione di accertamento di handicap ai sensi della legge n.104/92 con attestazione di disabilità grave ai sensi dell'art.3 comma3 della predetta legge.

Il Richiedente
