



# COMUNE DI PAGLIARA

Città Metropolitana di Messina

Via R. Margherita, 92 c.a.p. 98020 Tel. 0942 737168 Fax 0942 737203  
[www.comune.pagliara.me.it](http://www.comune.pagliara.me.it) email: [servizi\\_sociali@comune.pagliara.me.it](mailto:servizi_sociali@comune.pagliara.me.it)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

( ) il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_ ( ) in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

## CHIEDE

### di poter usufruire dei servizi attuati dal Comune di Pagliara:

Assistenza domiciliare anziani, minori e disabili;

per se stesso/a  per il/la Sig./ra

\_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ ( ) in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_

A tal fine

## DICHIARA

che il nucleo familiare del beneficiario è così composto:

NOME	COGNOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	RELAZIONE DI PARENTELA

che usufruisce di :

servizi o prestazioni sociali di assistenza pubblica quali:

**ALLEGA alla presente:**

1. Attestazione ISEE completa di DSU ai sensi del DPCM 05/12/2013 n.159 in corso di validità;
2. In caso di richiesta servizi per portatori di handicap documentazione sanitaria: Copia Verbale Commissione Invalidi Civili attestante l'Invalidità Civile pari al 100% o certificazione attestante il grado di disabilità prevista ai sensi dell'art.3 comma 3 dalla Legge 104/1992 o certificazione rilasciata dal medico curante attestante la non autosufficienza (SVAMA), nei casi di non autosufficienza recente;
3. Certificazione del medico curante per assistenza domiciliare anziani;
4. Fotocopia carta d'identità in corso di validità del richiedente e/o del beneficiario;
5. Altra documentazione \_\_\_\_\_.

**AUTORIZZA**

il Comune di \_\_\_\_\_ al trattamento dei dati rilasciati ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003.

(Luogo e data)

---

(Firma leggibile)

---