

**AL COMUNE DI SORIANO NEL CIMINO**  
**SERVIZIO 5° - Servizi alla persona**  
**Piazza Umberto I n. 12**

**Soriano nel Cimino**

**OGGETTO: Richiesta servizio assistenza domiciliare.**

\_\_\_L\_\_\_ sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
**CODICE FISCALE** \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ **CAP** \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

**C H I E D E**

a nome proprio

oppure

per conto di \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_  
di poter essere ammesso al servizio assistenza domiciliare con le seguenti modalità:

**PRESTAZIONI RICHIESTE** \_\_\_\_\_

**GIORNI** \_\_\_\_\_ **ORARIO** \_\_\_\_\_

A) Di aver compiuto il 50° anno di età e di versare in condizioni di inabilità per le  
seguenti cause e patologie \_\_\_\_\_

come da allegata certificazione.

B) Di essere portatore di handicap come allegata certificazione .

C) Di essere in condizioni di temporanea invalidità, come da allegata  
certificazione, causa \_\_\_\_\_

**ALLEGA:**

a) Certificazione ISEE valida.

b) Certificazione medico di famiglia attestante la patologia o la temporanea invalidità.

c) Certificazione attestante l'invalidità o l'handicap.

**Data** \_\_\_\_\_

**IN FEDE**

\_\_\_\_\_