

Al Comune di Castelluccio dei Sauri

Ufficio Segretariato Sociale

p.zza Municipio 3

DOMANDA DI ISCRIZIONE

Servizio domiciliare di welfare leggero

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____

il _____ residente a _____

Via/P.zza _____ n. _____ C.F. _____

Telefono _____ Cellulare _____ e-mail _____

In qualità di:

Beneficiario

Familiare di

Cognome _____ Nome _____ Nato a _____ il _____

residente a _____ Via/ p.zza _____ n _____ C.F. _____

Telefono _____ Cellulare _____ e-mail _____

CHIEDE:

Di poter usufruire del servizio di welfare leggero

DATA _____

FIRMA _____