



**Settore Politiche Sociali
Servizio Assistenza**

Comune di Nola
Provincia di Napoli

* * *

Prot. n. _____/U.A.

del _____

*Al Dirigente alle Politiche Sociali
del Comune di Nola*

Oggetto: richiesta di Assistenza Domiciliare Diversabili.

Il/La sottoscritto/a _____
nato/o a _____ il _____ residente a Nola
in via _____ n _____,
C.F. _____, telef. _____,
in qualità di tutore dell'invalido _____ nato il _____
a _____,

CHIEDE

di poter usufruire del Servizio di Assistenza domiciliare in favore dei portatori di handicap residenti.

Allega alla presente:

- Certificazione **I.S.E.E.** (**I**ndicatore **S**ituazione **E**conomica **E**quivalente);
- Certificato ASL/NA/4 ai sensi di legge 104/92 - oppure decreto di accertamento dello stato di invalidità al 100%.

➤ Il/la sottoscritta, altresì dichiara di essere informata, ai sensi del decreto legislativo n. 196 del 30 giugno 2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale viene resa la presente dichiarazione.

Con osservanza
