

Al Responsabile dell'Area
Servizi alla Persona
Comune di Anguillara Sabazia

OGGETTO: RICHIESTA AMMISSIONE CENTRO AGGREGATIVO DISABILI MEDIO LIEVI

Il/ La sottoscritto/a _____ nato a _____

Il _____ residente a _____ Via/Piazza _____

N° _____ C.F.

Tel _____ In qualità di _____

CHIEDE

L'ammissione al *Centro Aggregativo* Disabili Medio Lievi per il periodo ottobre 2019– giugno 2020 per

Nome _____ Cognome _____

Nato/a _____ il _____ residente a _____

Via/Piazza _____ n° _____

Allega alla presente:

- Copia documento di identità in corso di validità del richiedente
- Copia documento di identità in corso di validità del beneficiario
- Copia verbale di invalidità (in busta chiusa)
- Copia della legge 104/'92, se in possesso (in busta chiusa)

Anguillara Sabazia _____

FIRMA
