

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

\_\_\_\_\_