



COMUNE DI SANTA MARIA DI LICODIA
(Provincia di Catania)

DISTRETTO SOCIO SANITARIO D12

Al Signor Sindaco
del Comune di Santa Maria di Licodia

Il/La sottoscritto/a _____

o familiare del/la signor/ra _____

nato/a _____ il _____ residente in Santa Maria di

Licodia Via/P.zza _____ n. _____

Telefono _____ essendo in condizione di disabilità gravissima.

CHIEDE

Di essere ammesso al progetto assistenziale per persone in condizione di disabilità gravissima che necessitano a domicilio di un'assistenza continuativa.

Allega:

- **Fotocopia documento di riconoscimento;**
- **Fotocopia Verbale di invalidità.**

IL/LA RICHIEDENTE
