

**COMUNE DI SANTA MARIA DI LICODIA**  
(Città Metropolitana di Catania)

**Al Signor Sindaco  
del Comune di  
Santa Maria di Licodia**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in Santa Maria di Licodia in Via/P.zza \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

**CHIEDE**  
**di essere ammesso al servizio di Assistenza Domiciliare Anziani non  
autosufficienti ultrasessantacinquenni”  
attraverso l’assegnazione di voucher di servizio.**

**A tal fine dichiara che il proprio nucleo familiare è così composto:**

Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Grado di parentela

(Dichiarazione sostitutiva resa ai sensi dell’art. 47 del DPR 28/12/2000 n. 445)

Allega alla presente istanza :

- Attestazione ISEE in corso di validità;
- Certificato rilasciato dal medico di medicina generale, attestante la condizione di non autosufficienza di particolare gravità, tale da richiedere l’avvio di un percorso socio assistenziale domiciliare per migliorare la qualità della vita dell’anziano;
- Altra documentazione utile ai fini della graduatoria (certificato d’invalidità rilasciato dalla Commissione Medica;
- Fotocopia del documento di riconoscimento.

Il/La RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_