



COMUNE DI CASTELLUCCIO DEI SAURI

**DOMANDA DI ISCRIZIONE**  
**Servizio domiciliare di welfare leggero**

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

nato/a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

Via/P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

In qualità di:

Beneficiario

Familiare

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Via/ p.zza \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

CHIEDE:

Di usufruire del servizio di welfare leggero

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

87