

COMUNE DI ASCOLI PICENO
Settore Servizi Sociali

OGGETTO: richiesta aumento ore Servizio S.A.D. Disabili

Il/la sottoscritt _____
nat _____ il _____ a _____, residente in
_____, Via _____ n. _____,
recapito telefonico _____, in qualità di _____

CHIEDE

l'aumento ore del Servizio di Assistenza Domiciliare a favore del/la
sig/sig.ra _____, nat_ il

a _____, residente in Ascoli Piceno, in Via _____,
n. _____, recapito telefonico _____.

Si allegano alla presente:

- 1. Documentazione attestante l'aggravamento delle condizioni sanitarie e/o sociali del richiedente;**
- 2. ISEE in corso di validità.**

Ascoli Piceno, _____

_____ firma