

**PROGETTO DI SERVIZIO CIVILE UNIVERSALE**  
**“MENO SOLI”**

**DOMANDA DI ACCESSO AI SERVIZI IN FAVORE DI PERSONE ANZIANE  
PREVISTI DAL PROGETTO**

Al Responsabile  
del Servizi Sociali Comunali  
Comune di Postiglione  
C.so Vittorio Emanuele  
84026 Postiglione (SA)

**ANAGRAFICA RICHIEDENTE**

COGNOME:	NOME:
LUOGO E DATA DI NASCITA:	CODICE FISCALE:
RESIDENTE:	VIA/P.ZZA:
TEL. FISSO:	TEL. MOBILE:

FIGLIO       CONIUGE       ALTRO \_\_\_\_\_

**IL/LA SOTTOSCRITTO/A**

COGNOME:	NOME:
----------	-------

**CHIEDE I SERVIZI IN FAVORE DI PERSONE ANZIANE PREVISTI DAL PROGETTO DI SERVIZIO  
CIVILE “ MENO SOLI ”  
E DICHIARO DI ESSERE:**

NATO/A A: IL:	SESSO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
RESIDENTE NEL COMUNE DI:	VIA/P.ZZA:		
TEL. FISSO:	CELL:		
<input type="checkbox"/> CELIBE / <input type="checkbox"/> NUBILE	<input type="checkbox"/> CONIUGATO/A	<input type="checkbox"/> VEDOVO/A	<input type="checkbox"/> SEPARATO/A

- Si allega documento del richiedente e del beneficiario.
- Eventuale certificazione invalidità civile.

Postiglione lì \_\_\_\_\_

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_