



# Città di Giugliano in Campania

(Provincia di Napoli)

Settore - Welfare

Via Aniello Palumbo, 2 Tel. 081-8956525 Fax 081- 3302058

## Modulo per la richiesta di accesso al Servizio Centro Sociale Polifunzionale Disabili

Il/La Sottoscritto/a (Cognome e Nome) \_\_\_\_\_

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

In qualità di: (Barrare la casella di preferenza) Genitore  Tutore  Altro

Specificare \_\_\_\_\_

Dell'avente diritto al contributo omnicomprensivo per il Servizio Centro Sociale Polifunzionale Disabili:

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

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

Residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Giugliano li \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

- ISEE in corso di validità
- Documentazione attestante la Disabilità dell'Utente