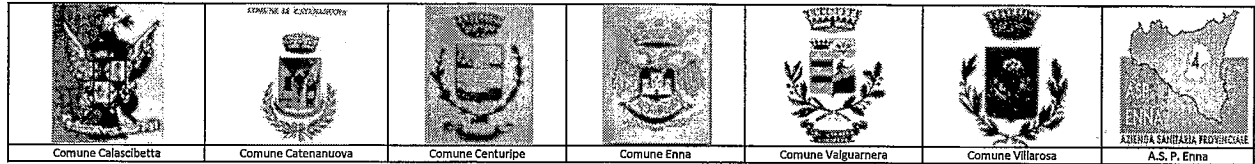


DISTRETTO SOCIO SANITARIO D22



Ufficio del Piano di Zona

Modello richiesta ASSISTENZA DOMICILIARE ANZIANI in ADI – Il riparto PAC

Il/La sottoscritto/a

Cognome

Nome

nato/a

il / / 1 9

e residente in Enna, via/piazza/c.da

n.

telefono

Codice fiscale

al fine di poter fruire del servizio di "Assistenza domiciliare anziani in ADI" e consentire all'Ufficio Servizi Sociali del Comune di Enna la valutazione delle condizioni socio-economiche per l'eventuale intervento di sostegno, e consapevole delle responsabilità penali che mi assumo, ai sensi dell'articolo 76 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445.

DICHIARA

di percepire le seguenti indennità non soggette ad IRPEF

pensione estera pari a € annui

altro _____ pari a € annui

che il reddito ISEE per l'anno 2015 è pari ad €

