

**AI SERVIZI SOCIALI
DEL COMUNE DI
ODERZO**

Il /La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il ___/___/_____ e residente a _____ in via/piazza
_____ n. _____ C.F. _____ telefono ___/_____

Medico curante: _____, nell'indicare nel sig. _____,
residente a _____ via _____ tel. ___/_____

la persona a cui rivolgersi in caso di necessità, con la seguente chiede

- di potere accedere al seguente beneficio:
- in qualità di _____, che il/la signor/a _____
nato/a a _____ il ___/___/_____ e residente a Oderzo in via/piazza
_____ n. _____ C.F. _____ telefono
_____/_____ possa accedere al seguente beneficio:

- Prestazione sociale agevolata.....
Specificare _____
- Contributo ordinario mensile.....
- Contributo straordinario per _____
- Servizio assistenza domiciliare.....
- Telesoccorso.....
- Contributo ex L.R. 28/91.....
- Contributo scolastico per _____
- Contributo retta ricovero.....
- Assegno maternità.....
- Assegno nucleo familiare.....

Fa presente che la sua situazione familiare e reddituale complessiva del nucleo è quella risultante **dall'allegata documentazione, ai fini del calcolo dell'ISEE.**

In esecuzione alle norme vigenti, recanti disposizioni a tutela delle persone e degli altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, il sottoscritto fornisce il consenso al trattamento dei propri dati personali all'Ufficio Servizi Sociali che si occuperà della domanda del beneficio sopracitato.

Oderzo, _____

FIRMA: _____