

**ILL.MO SIG. SINDACO  
DEL COMUNE  
DI LOCOROTONDO**

\_\_ l \_\_ sottoscritt \_ \_\_\_\_\_ nat \_ a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente in Locorotondo alla Via/Cont. \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ . Con la presente

**CHIEDE**

di essere inserito nel programma di Assistenza Domiciliare Integrata erogato da Codesto Comune in favore dei cittadini locorotondesi.

A tal fine allega la seguente documentazione:

- 1) Stato di famiglia attuale;
- 2) Certificazione medica comprovante il bisogno;
- 3) Dichiarazione I.S.E.;

In attesa di conoscere Vostre determinazioni in merito si porgono Distinti Saluti.

**IN FEDE**

\_\_\_\_\_

Parte da compilare a cura dell'Ufficio	Firma impiegato addetto
Pervenuta al protocollo generale in data _____	_____
	Firma coordinatrice A.D.I.
Inviata alla U.V.G. in data _____	_____