

**MODULO INTEGRATIVO**  
**ALLA DOMANDA DEL BUONO SOCIALE**  
**A FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITA' GRAVE E PER ANZIANI**  
**NON AUTOSUFFICIENTI PRESSO CUI OPERANO ASSISTENTI**  
**FAMILIARI REGOLARIZZATE**

ALL'UFFICIO SERVIZI SOCIALI  
DEL COMUNE DI \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

domiciliato a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

recapito telefonico \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

qualora la domanda riferita al “buono sociale a favore delle persone con disabilità grave e per anziani non autosufficienti presso cui operano assistenti familiari regolarizzate – anno 2018”, presentata in data \_\_\_\_\_, prot. n. \_\_\_\_\_ non dovesse essere finanziata per il venir meno delle risorse messe a disposizione, che la valutazione effettuata dall'equipe dell'Ufficio di Piano possa essere tenuta valida per l'accesso alla graduatoria del Buono sociale a favore delle persone con disabilità grave e per anziani non autosufficienti – anno 2018”.

In fede

\_\_\_\_\_