

CODICE

T

Al Comune di Canicattini Bagni
Servizi Socio-assistenziali

Il/la sottoscritto/a:[illegible]

Nato/a a

il[illegible]

Residente a Canicattini Bagni in (Via, Piazza ecc.)

N:

[illegible]**Cod. fiscale:**

Num. Tel.

[illegible]

CHIEDE

di fruire dei servizi del Centro Diurno Anziani.

Allega a tal fine i seguenti documenti:

- ☐ **Certificato medico attestante l' idoneità a partecipare alle attività della comunità**
- ☐ **Fotocopia del documento di riconoscimento**
- ☐ **N. 2 foto formato tessera**

Dichiara, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. 30-6-2003, n. 296, di autorizzare gli uffici in indirizzo al trattamento dei propri dati personali, per le sole finalità di cui alla presente istanza.

Canicattini Bagni, lì

FIRMA