



# COMUNE DI SAMASSI

Provincia del Sud Sardegna

C.F. e P.I. 00518190921

Via Municipio, 1 - C.A.P. 09030

Telefono 07093810217-223-222 - Fax 07093810217 -

e-mail: [s.sociale.samassi@tiscali.it](mailto:s.sociale.samassi@tiscali.it) – PEC: [servizisociali@pec.comune.samassi.ca.it](mailto:servizisociali@pec.comune.samassi.ca.it)

## Al Comune di SAMASSI

Ufficio Servizi Sociali

Via Municipio, 1

09030 SAMASSI (CA)

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via/vico/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_,  
tel \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

### CHIEDE

per se

per il Sig. \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a SAMASSI in via/vico/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_,  
tel \_\_\_\_\_

di poter accedere ai benefici previsti dalla L.R. n. 4/2006 art. 17, dalla D.G.R. 70/13 del 29.12.2016,  
e dalla D.G.R. 56/21 del 20.12.2017 - Linee di indirizzo annualità 2018,

### “PROGRAMMA RITORNARE A CASA”

- (A) Richiesta 1° Annualità
- (B) Richiesta rinnovo: n. \_\_\_\_\_° annualità
- (C) Richiesta contributo per il potenziamento dell'assistenza (2° e 3° livello)
- (D) Richiesta contributo per disabilità gravissime – care giver (2° e 3° livello)

#### Si allega:

- Certificazione sanitaria;
- Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE socio sanitario);
- Documento di identità e codice fiscale del beneficiario e di colui che presenta la domanda.

Samassi, \_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_