

Al Responsabile del Servizio Sociale
del Comune di
CASTELSARDO

OGGETTO: Richiesta Servizio di Assistenza Educativa a favore di sofferenti mentali.

Il sottoscritt _____ nato a _____
il _____ e residente a _____ in via _____ n° _____
tel. _____

CHIEDE

per sé stesso

per il/la sig. _____ nato/a a _____

Il _____ e residente a _____ in via _____

N° _____ tel _____

- di poter usufruire del servizio di assistenza educativa per sofferenti mentali istituito presso questo Comune.

DICHIARA

A tal fine che l'istante è regolarmente seguito dal servizio sanitario specialistico con sede presso

Allega: fotocopia documento identità

Li _____

IL RICHIEDENTE
