

**Oggetto:** Progetto di SERVIZIO CIVILE NAZIONALE DENOMINATO “SEGNI DEL TEMPO”.  
Richiesta di accesso alle prestazioni.

Il /la sottoscritto/a:

Cognome.....Nome.....

Nato/a a:.....Prov.....il.....

residente a.....in Via .....

n°.....Codice fiscale.....

tel.:.....cell.....

assistito dal medico di base Dottore/ssa.....

**CHIEDE**

Di poter usufruire del/gli intervento/i previsto/i nel progetto di **Servizio Civile Nazionale**  
**denominato “Segni del Tempo”**

**per se stesso;**

**per il proprio familiare;**

**nome.....cognome.....data di nascita.....**

**disbrigo pratiche** ( pagamento utenze, prescrizioni di ricette mediche,...)

**supporto nella realizzazione di piccole attività del quotidiano** /acquisto di generi alimentari,  
acquisto farmaci,...)

**accompagnamento** ( presso medici di base, supermercati, uffici pubblici,...)

**partecipazione ad iniziative di socializzazione ed integrazione sociale**

Nominativo di eventuale referente cui inviare comunicazione

Cognome.....Nome.....tel.....

Data.....

Firma del richiedente

**Si allegano:**

**C.I. beneficiario/richiedente**

**Mod. ISEE**

**Dichiarazione stato di famiglia**