



COMUNE DI VIAGRANDE

Città Metropolitana di Catania
Area Politiche Sociali e Culturali

C.A.P. 95029
P.IVA e C.F. 00651130874
Tel. 0957923120
servizi.sociali@comune.viagrande.ct.it
politichesociali@pec.comune.viagrande.ct.it

MODULO DI ISCRIZIONE CENTRO DI AGGREGAZIONE ANZIANI

Al Signor SINDACO
del Comune Viagrande

All'Assessore alle Politiche Sociali

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente in _____ via _____
tel./ cell. _____
e-mail _____

CHIEDE

di poter far parte del Centro di Aggregazione Anziani del Comune di Viagrande:

A tal fine dichiara:

- Di avere se donna 55 anni di età compiuti , se uomo 60 anni di età compiuti ;
- Di essere residente nel Comune di Viagrande
- Di godere dei diritti civili e politici;
- Di non aver riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso.
- Di essere consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni mendaci o non veritiere.

Alla Presente si allega copia di un documento di identità del richiedente

Data _____

FIRMA DEL RICHIEDENTE
