

Alla c.a. Sig. Sindaco del Comune di _____

Oggetto: richiesta attivazione servizio di assistenza domiciliare

Con la presente si richiede l'attivazione del servizio di assistenza domiciliare a favore del sig./sig.ra _____

nato/a il _____ a _____

residente nel Comune di _____ prov. _____

via _____ n. _____ CAP _____

codice fiscale n° _____ Tel. _____

Medico di Medicina Generale _____ Ambulatorio _____

Invalido

Disabile in stato di gravità

per le seguenti prestazioni:

persone conviventi (indicare anche la presenza dell'assistente familiare se convivente):

Cognome e Nome	Grado di parentela	Data di nascita	Luogo di nascita

Persona di riferimento:

Sig. _____ grado di parentela _____ Tel. _____

Autorizzo alla trattazione dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/03.

Data

Firma del richiedente

Si allega:

- copia verbale attestazione Invalidità Civile
- copia attestazione ISEE

COMPILAZIONE A CURA DEL COMUNE DI RESIDENZA DEL RICHIEDENTE

Attestazione ISEE pari a € _____

Grado di invalidità civile _____

Operatore comunale _____