

RICHIESTA DI AMMISSIONE AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE
--

Prot. num. _____ del _____

AI PLUS Distretto Socio-Sanitario di Sorgono
Servizio di Assistenza Domiciliare associato
Servizio Sociale del
Comune di _____

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
 _____ il _____ Codice Fiscale _____
 residente in _____ Via _____ n. _____
 Telefono _____ Fax _____

Domiciliato* in _____ Via _____
 Telefono _____ Fax _____

**se diverso dalla residenza*

CHIEDE

di poter usufruire del Servizio di Assistenza Domiciliare (S.A.D.) *(sbarrare la voce che interessa):*

Per se medesimo;

Per il/la signor/a _____

nato/a a _____ il _____

Codice Fiscale _____

residente in _____ Via _____

Telefono _____ Fax _____

Domiciliato* in _____ Via _____

Telefono _____ Fax _____

**se diverso dalla residenza*

Dichiara

di essere informato che ai sensi e per gli effetti del Dlgs n. 196/2003 i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente istanza viene presentata.

Si allega alla presente:

- Certificazione medica attestante lo stato di salute
- Autocertificazione ai sensi del D.P.R. 445/2000 attestante la situazione economica propria e del proprio nucleo familiare(come da allegato 2)

Data _____

Firma
