

**DOMANDA PER LA CONCESSIONE DEL SERVIZIO DI
ASSISTENZA DOMICILIARE**

Io sottoscritto/a _____

residente in Via _____

C.A.P. _____ Città _____

telefono _____

C H I E D O

L'erogazione di un servizio domiciliare a favore di

Nato a _____ il _____

residente in Via _____

Codice Fiscale n. _____

Il servizio richiesto è : a) socio assistenziale per n° ore settimanali _____

con decorrenza:

La reversale d'incasso deve essere inviata al seguente indirizzo:

La situazione economica viene indicata nei seguenti documenti che si allegano:

- I.S.E.E.
- Certificazione sanitaria

Mi impegno inoltre a comunicare la eventuale sospensione del servizio in tempo utile; diversamente verrà addebitata la prestazione.

Dichiaro infine di essere a conoscenza dell'informativa ex art. 13 D.Lgs. 196 del 30 giugno 2003 esposta presso la sede del Comune e, in particolare, del fatto che i dati personali forniti saranno raccolti e conservati presso il Comune per le finalità connesse con la procedura di erogazione del servizio.

FIRMA

Data _____