

Richiesta servizi domiciliari

Io sottoscritto/a _____ (_____)
Se persona diversa dal destinatario,
indicare grado di parentela

CHIEDO

☐ per me stesso/a ☐ per il/la Sig./Sig.ra _____

nato/a in _____ il ____/____/____

Residenza _____ tel _____

Codice fiscale _____

L'ATTIVAZIONE DEI SEGUENTI SERVIZI:

☐ SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE _____

☐ PASTI A DOMICILIO _____

☐ TELESOCOCCORSO _____

☐ CENTRO DIURNO INTEGRATO _____

☐ RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE _____

☐ ALTRO _____

A tal fine si allegano alla presente richiesta:

☐ Attestazione ISEE in corso di validità o dichiaraz. accettazione fascia massima;

☐ Scheda di valutazione del Medico di Medicina Generale

Note: _____

Prendo atto della informativa resa ai sensi dell'art. 13 del d.lgs n. 196/2003 e accordo liberamente il consenso affinché, ai sensi degli art. 23,25,26 e 27 del d. Lgs n. 196/2003, i dati personali in oggetto possano essere trattati per gli scopi indicati ed essere oggetto di comunicazioni ai soggetti e per le finalità dichiarate.

Data ____/____/____

Firma del ricevente

Firma del richiedente

(o di chi ne fa le veci)

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

QUOTA A CARICO DELL'UTENTE PER L'ANNO _____ € _____ ORARI PER IL SERVIZIO DI SAD