

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. \_\_\_\_\_

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. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

*Autorizzo alla trattazione dei dati personali ai sensi dell'art. 9 del Regolamento UE 679/2016.*

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 \_\_\_\_\_