

<b>RICHIESTA DI AMMISSIONE AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE</b>
--

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

\_\_\_\_\_