

SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE

ALL'UFFICIO SERVIZI SOCIALI

DEL COMUNE DI _____

Il/lasottoscritto/a

nato/a il

residente a in via n. Tel.

in qualità di del/la signor/a

nato/a il residente in.....

in via nr. tel.

impossibilitato/a a firmare a causa di

.....

CHIEDE

l'attivazione del Servizio di Assistenza Domiciliare.

A tal fine, a conoscenza delle sanzioni penali a carico di chi dichiara il falso o esibisce atto falso contenente dati non più rispondenti a verità, compila la "Dichiarazione sostitutiva unica" per la richiesta di prestazioni sociali agevolate, allegata alla presente domanda.

Il sottoscritto indica come referente cui rivolgersi in caso di necessità il sig.

| Cognome e Nome | Indirizzo | Recapito telefonico |
|----------------|-----------|---------------------|
| | | |
| | | |

Con la presente si autorizza il trattamento dei propri dati personali ai sensi della legge 675/96.

IL RICHIEDENTE

.....

La firma dovrà essere apposta dal richiedente di fronte all'addetto al Servizio o, nel caso di presentazione da parte di altri o per posta, allegare copia di un documento valido di identità.