

ALLEGATO A - Modulo di richiesta Servizio di Assistenza Domiciliare

Al Comune di _____

Appartenente al Distretto Roma 4.3

Oggetto: richiesta di attivazione servizio assistenza domiciliare, in favore di:

ANZIANI DISABILI MINORI

Il/la sottoscritto/a _____ nata/o a _____
prov. _____ il ____/____/____ residente in _____, via/p.zza
_____ n. _____

stato civile _____ C.F. ;

tel/cell. _____

CHIEDE

l'attivazione del Servizio di Assistenza Domiciliare a favore

di me medesimo

di _____ nato/a _____
il ____/____/____ residente in _____ via/p.zza

Dichiaro di avere un indicatore ISEE relativo ai redditi percepiti all'anno _____ pari ad €
_____, così come risulta dal certificato ISEE, rilasciato in data ____/____/____

presso il CAF _____

Allega alla presente:

- copia documento identità

- altro _____

DATA _____

FIRMA _____

Autorizza, ai sensi del DGPR 679/2016, l'uso manuale/informatico dei dati personali per il servizio distrettuale di assistenza domiciliare.

DATA _____

FIRMA _____