

Al Comune di _____

Richiesta di accesso al servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) per l'erogazione di prestazioni di assistenza domiciliare socio-assistenziale integrate alle prestazioni sanitarie erogate dall'ASP, in favore di soggetti ultra sessantacinquenni non autosufficienti da erogare a mezzo voucher

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____
il _____ residente in _____ via/piazza _____ n _____
telefono _____

familiare (specificare grado di parentela) _____ del
Sig./Sig.ra _____

nato/a _____ il _____ residente in _____
via/piazza _____ n _____ telefono _____ ;

altro (specificare) _____ del Sig./Sig.ra _____
_____ nato/a _____ il _____

Residente in _____ Via/Piazza _____ n _____

CHIEDE

L'attivazione del servizio ADI (assistenza Domiciliare Integrata) per l'erogazione di prestazioni di assistenza domiciliare socio-assistenziale integrate alle prestazioni prettamente sanitarie erogate dall'ASP, n favore di anziani ultra sessantacinquenni non autosufficienti da erogare a mezzo voucher .

Dichiara che l'ASP ha già attivato o sta attivando il Servizio di assistenza domiciliare integrata o di cure domiciliare .

Allega alla presente istanza:

- Fotocopia del documento di riconoscimento e del codice fiscale
- Certificazione sanitaria rilasciata da _____
- Copia ISEE

Si precisa che le istanze saranno accolte fino ad esaurimento somme

Data _____

FIRMA

Il/La sottoscritto/a autorizza il trattamento dei dati personali con le modalità previste nel rispetto del Regolamento UE 2016/679 e dichiara di avere preso visione dell'informativa privacy ai sensi dell'art. 12 e ss.

FIRMA

