

Richiesta di intervento di Assistenza Domiciliare

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

e residente a _____ Prov. di _____

Via _____ n. _____

C.F.: _____ TEL. _____

CHIEDE

chiede di poter usufruire delle prestazioni del servizio di assistenza domiciliare dalla data del _____ i/il giorni/o _____ nell'orario _____;

A tal fine

DICHIARA

❖ di essere residente a _____ Prov. di _____

Via _____ n. _____

❖ che il proprio nucleo familiare è così composto:

Cognome e Nome	Data e luogo di nascita	Rapporti di parentela
		Dichiarante

❖ di esprimere altresì il proprio consenso al trattamento dei rispettivi dati personali ai sensi della legge 31/12/1996 n. 675;

❖ di effettuare il pagamento:

in contanti

tramite conto corrente bancario n. _____ Banca _____

codice IBAN _____;

Ai fini dell'assegnazione della relativa fascia di appartenenza del servizio di assistenza domiciliare:

DICHIARO

che **non intendo** richiedere, per il servizio in questione, la prestazione sociale agevolata;

che **intendo** richiedere per il servizio in questione, la prestazione sociale agevolata e, quindi, allego la dichiarazione sostitutiva unica, valevole per la richiesta di prestazioni suddette o per l'accesso agevolato ai servizi di pubblica utilità.

_____, lì _____

IL DICHIARANTE

_____ (a)

(a) La firma non va autenticata, ai sensi dell'art. 3, comma 10, legge 15 maggio 1997, n. 127

DATI RELATIVI AI FAMILIARI CHE RICHIEDONO L'ASSISTENZA

Nome e Cognome _____

Grado di parentela o di relazione con l'utente _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ Prov. di _____

Via _____ n. _____

Telefono _____

Vertova, lì _____

FIRMA

Allegati:

1. Certificato del medico di famiglia attestante lo stato di salute generale nonché la presenza di particolari patologie.

IN CASO DI FALSA DICHIARAZIONE SI APPLICANO LE DISPOSIZIONI CONTENUTE NELL'ART. 26 DELLA L. 15/68. "Le dichiarazioni mendaci, le falsità negli atti e l'uso di atti falsi nei casi previsti della presente legge sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia".

**Richiesta di sospensione/cessazione del Servizio
di Assistenza Domiciliare**

Nome e Cognome _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____

Via _____ n. _____

Telefono _____ C.F.: _____

chiede la sospensione/cessazione delle prestazioni del servizio di assistenza domiciliare

chiede la sospensione/cessazione della fornitura di pasti caldi a domicilio

Motivazione _____

FIRMA

**DATI RELATIVI AI FAMILIARI CHE
RICHIEDONO LA SOSPENSIONE/CESSAZIONE**

Nome e Cognome _____

Grado di parentela o di relazione con l'utente _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____

Telefono _____

FIRMA

Vertova, lì _____