Spett.le Comune di Castelnuovo del Garda
c.a. Ufficio Servizi Sociali
Piazza degli Alpini, 4
37014 Castelnuovo del Garda

DOMANDA DI ATTIVAZIONE

SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE

Il/La sottoscritto/a_____ nato/a _____(_____)

Il _____ residente a _____ in via_____

Tel._____ in qualità di _____

CHIEDE

l'attivazione del servizio di **ASSISTENZA DOMICILIARE** in nome, per conto e nell'interesse del/la

Sig./ra _____ nato/a _____(___)

il_____, C.F.|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| residente in Castelnuovo del Garda in via _____, n. ___, tel. _____

medico di M.G. _____, tel. _____

TIPO DI SERVIZIO RICHIESTO:

☐ intervento: _____ ☐ quantità: n. _____ ore settimanali

LUOGO DI SVOLGIMENTO DEL SERVIZIO:

☐ residenza anagrafica del richiedente

☐ diverso domicilio, e precisamente: in via _____, n. ____

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA DI ESSERE A CONOSCENZA CHE:

☐ l'eventuale quota di compartecipazione al costo del servizio sarà determinata in base all'ISEE

☐ l'attivazione e/o la continuazione del servizio di assistenza domiciliare è subordinata alla presentazione tempestiva della documentazione necessaria per la determinazione delle condizioni economiche applicabili alla richiesta di servizio di assistenza domiciliare.

☐ Si allega ATTESTAZIONE ISEE

Data, _____

_____
(firma)

Informativa ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. 196/2003: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale vengono comunicati e saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente al solo fine di erogare le prestazioni richieste.