

Legge 328/2000 PdZ e Integrazione Anno 2013/2015

OGGETTO: Assistenza Domiciliare Anziani.

Il sottoscritto _____, nato a _____ il _____
residente in _____ Via _____ n. _____
tel. _____

CHIEDE

Per se stesso

Per il proprio familiare ultrasessantacinquenne,

Sig. _____, nato a _____ il _____
e residente in _____, via _____ n. _____

di poter usufruire dell'assistenza domiciliare anziani ultrasessantacinquenni non autosufficienti prevista dal
PdZ e Integrazioni 2013/2015

Assistenza Domiciliare anziani (ADA)

DICHIARA

- Di possedere i requisiti previsti dal piano di intervento per l'ammissione al servizio richiesto;

Allega alla presente

1. Certificato medico attestante la ridotta autosufficienza e l'eventuale necessità di assistenza;
2. Attestazione ISEE rilasciata in data successiva al 15/01/2019;
3. Eventuale certificato attestante l'invalidità Civile o la disabilità ai sensi della legge 104/92;
4. Copia di valido documento di identità.

Autorizza ai sensi delle vigenti disposizioni sulla privacy, il trattamento dei dati ai fini del presente procedimento

Data _____

FIRMA
