

All'ente gestore
del servizio di _____

RICHIESTA PER IL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE

Il/la sottoscritto/a		
Codice fiscale		
Nato/a a	Prov.	il
Residente in	Prov.	CAP
Via/Fraz/Loc.		n°
Domiciliato in	Prov.	CAP
e-mail	Telefono	

CHIEDE

<input type="checkbox"/> Per sé stesso.		
<input type="checkbox"/> Per il/la sig./ra		
Codice fiscale		
Nato/a a	Prov.	il
Residente in	Prov.	CAP
Domiciliato in	Prov.	CAP

DI POTER USUFRUIRE DI

<input type="checkbox"/> Assistenza domiciliare	<input type="checkbox"/> Pasto caldo	<input type="checkbox"/> Lavanderia	<input type="checkbox"/> Altro
---	--------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------

Consapevole delle responsabilità penali e civili derivanti in caso di dichiarazioni false e mendaci, ai sensi del DPR 445/2000, e presa visione dell'informativa in materia di protezione dei dati personali, ai sensi degli artt. 12, 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016, disponibile sul sito web dell'Ente al quale è rivolta l'istanza o reperibile nei locali dello stesso,

DICHIARA

- di avere/che l'utente avrà come medico curante il dott. _____
- di vivere da solo/ con la propria famiglia, composta da:

Parentela	Nome e cognome	Luogo e data di nascita	Telefono

Il/La sottoscritto/a utente e/o il/la sottoscritto/a si impegna altresì in solido a versare la quota di contribuzione stabilita sulla base delle disposizioni regionali e sulla base della documentazione presentata relativa all'ISEE.

tutte le comunicazioni inerenti la presente dichiarazione dovranno essere inviate al seguente recapito:

Cognome e nome		
Comune	Prov.	CAP
Via/Fraz/Loc		n°
e-mail/PEC	Telefono	

Il/la dichiarante

SOTTOSCRIZIONE DI IMPEGNO DI COLLABORAZIONE

Tra il Servizio di Assistenza Domiciliare, l'utente ed i suoi parenti

Il servizio di assistenza domiciliare

SI IMPEGNA

- a svolgere la sua attività presso il domicilio del/la sig./ra _____ con le seguenti modalità:

per effettuare prevalentemente i seguenti interventi :

- a comunicare le variazioni di orario che dovessero rendersi necessarie per esigenze di servizio e a concordare soluzioni alternative.

Per il servizio di assistenza domiciliare

Il/La sig.ra _____

SI IMPEGNA

- ad accettare le regole del servizio (modifiche di orario, sostituzioni, sospensioni per esigenze organizzative)
- altro (specificare):

L'interessato/a
