



# COMUNE DI CIVIDATE AL PIANO

## RICHIESTA DI SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE

All'Ufficio Servizi Sociali  
del Comune di  
Cividate al Piano

In favore e con il consenso di \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Medico Curante \_\_\_\_\_

### SI RICHIEDE

Di poter usufruire del servizio di assistenza domiciliare alle seguenti modalità:

- prestazioni richieste \_\_\_\_\_
- giorni settimanali \_\_\_\_\_
- ore giornaliere \_\_\_\_\_
- data inizio intervento \_\_\_\_\_

Nominativo e recapito telefonico dei parenti o referenti che si possono contattare:

Sig. \_\_\_\_\_ grado di parentela \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

Sig. \_\_\_\_\_ grado di parentela \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

A completamento della richiesta si allegano i seguenti documenti:

- Fotocopia dei redditi (730, UNICO) o CUD.
- Fotocopia Carta Identità;

L'amministrazione Comunale potrà effettuare accertamenti patrimoniali a garanzia della veridicità di quanto dichiarato.

Il/la sottoscritto/a, debitamente informato/a ai sensi della legge, concede il proprio consenso al Comune di Cividate al Piano a TRATTARE, CONSERVARE e TRASMETTERE agli uffici preposti i dati personali acquisiti in applicazione del D.lgs 196/2003 (Tutela dei dati personali).

In fede

Cividate al Piano , li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_