

Spett.le  
Comune di Mendicino  
Piazza Municipio, 1  
87040 Mendicino (CS)

**OGGETTO: servizi domiciliari in favore di persone non autosufficienti richiesta intervento assistenziale**

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ ( )

il \_\_\_\_\_

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

Residente a Mendicino in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di poter essere ammesso a godere del Servizio di Assistenza Domiciliare socio-assistenziale organizzato da Codesta Amministrazione:

- per se stesso
- per il seguente familiare

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ ( )

il \_\_\_\_\_

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

Residente a Mendicino in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

Dichiara di aver preso visione ed accettare quanto riportato nell'Avviso Pubblico specifico del ..... e di essere nelle condizioni di bisogno delle seguenti prestazioni:

- Aiuto domestico;
- Cura della persona;
- Supporto socio-relazionale;
- Segretariato Sociale;
- Altro \_\_\_\_\_

Allega:

- Certificazione ISEE relativa ai redditi 2015;
- Situazione di famiglia o autocertificazione attestante la composizione del nucleo familiare;
- Certificato medico attestante la condizione di disabilità o malattia temporanea;
- Copia del Verbale di riconoscimento dell'invalidità da parte del Servizio sanitario Nazionale;
- Copia del documento di identità in corso di validità.

Dichiara di autorizzare il trattamento dei dati personali ai sensi della legge 675/96 e successive modifiche ed integrazioni.

Medicino li, \_\_\_\_\_ 2015

Firma

---