

OGGETTO: richiesta del Servizio di Assistenza Domiciliare (S.A.D.).

Il/La sottoscritto/a
nato/a a il.....
residente a Supino in Via/Piazza n°.....
Tel.

CHIEDE

di usufruire del Servizio di Assistenza Domiciliare Comunale **per la propria persona**

di usufruire del Servizio di Assistenza Domiciliare Comunale **per il proprio congiunto:**

Nome Cognome
nato/a a il.....
residente a Supino in Via/Piazza n°.....

DATI SANITARI DEL BENEFICIARIO DEL SERVIZIO

Tessera Sanitaria n° eventuale esenzione n°
Medico curante Dott. Tel.

DICHIARA

- **che il nucleo familiare del beneficiario del servizio richiesto è così composto:**

(nome e cognome)	(luogo e data di nascita)	(grado di parentela)
a)
b)
e)
d)

- di prendere atto che i dati riportati, oltre che ai fini della presente iscrizione, saranno trattati anche per l'eventuale invio di materiale informativo riguardante la stessa. Resta salvo il diritto del dichiarante di conoscenza, cancellazione, rettifica, aggiornamento, integrazione, ed opposizione al trattamento dei dati personali riportati nel presente modulo, secondo quanto previsto dall'art. 13 della Legge 675/96.

Supino, li
.....
(firma del dichiarante)

INFORMAZIONI A CURA DELL'UFFICIO SERVIZI SOCIALI

Nel caso in cui l'istanza sia spedita tramite il servizio postale, è necessario allegare fotocopia del documento di identità del richiedente dalla quale si possa prendere visione della firma.
Nel caso in cui, invece, l'istanza sia presentata presso lo sportello dell'Ufficio Servizi Sociali, la firma deve essere apposta in presenza dell'addetta.