

AL COMUNE DI RIPI
UFFICIO SERVIZI SOCIALI

OGGETTO: RICHIESTA SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE COMUNALE

Il sottoscrittonat.....

Ail

Residente a Ripi in Via

TEL.....

CHIEDE

Di poter usufruire del servizio di assistenza domiciliare.

Dichiara di usufruire di altre forme di assistenza:

- | | | |
|---|----|----|
| - Assegno di accompagnamento | Si | No |
| - Assistenza sanitaria da parte della ASL | Si | No |

A tal fine allega la seguente documentazione:

- Certificazione commissione medica attestante l'invalidità (se in possesso)
- Certificazione medica attestante L. 104/92 (se in possesso)
- Certificato medico per richiesta del servizio redatta dal medico di base
- Dichiarazione di altri eventuali servizi socio sanitari di cui il beneficiario fruisce
- Documento di identità del richiedente e del beneficiario del servizio in corso di validità, solo se la domanda non viene firmata davanti all'incaricato .

Il sottoscritto è consapevole che l'attivazione del Servizio è subordinata alla disponibilità di ore da erogare e che in caso di non disponibilità delle ore il richiedente verrà inserito nella graduatoria del servizio di assistenza domiciliare.

Il sottoscritto/a dichiara, inoltre di essere informato/a ai sensi del D. Lgs n 196/03 novellato dal D. Lgs 101/2018 e del Regolamento UE 2016/679 avendo letto la informativa privacy ai sensi dell'art. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 per la protezione dei dati (GDPR)

Ripi _____

Firma

AL COMUNE DI RIPI
UFFICIO SERVIZI SOCIALI

OGGETTO: RICHIESTA SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE COMUNALE

Il sottoscritt.....

Nato ail.....

Residente ain.....n.....

Tel.....

In qualità di

CHIEDE

L'attivazione del servizio di assistenza domiciliare in favore di :

.....nat.....

Ail.....

Residente a Ripi in Via

TEL.....

Dichiara che il beneficiario usufruisce di :

- | | | |
|---|----|----|
| - Assegno di accompagnamento | Si | No |
| - Assistenza sanitaria da parte della ASL | Si | No |

A tal fine allega la seguente documentazione:

- Certificazione commissione medica attestante l'invalidità (se in possesso)
- Certificazione medica attestante L. 104/92 (se in possesso)
- Certificato medico per richiesta del servizio redatta dal medico di base
- Dichiarazione di altri eventuali servizi socio sanitari di cui il beneficiario fruisce
- Documento di identità del richiedente e del beneficiario del servizio in corso di validità, solo se la domanda non viene firmata davanti all'incaricato .

Il sottoscritto è consapevole che l'attivazione del Servizio è subordinata alla disponibilità di ore da erogare e che in caso di non disponibilità delle ore il richiedente verrà inserito nella graduatoria del servizio di assistenza domiciliare.

Il sottoscritto/a dichiara, inoltre di essere informato/a ai sensi del D. Lgs n 196/03 novellato dal D. Lgs 101/2018 e del Regolamento UE 2016/679 avendo letto la informativa privacy ai sensi dell'art. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 per la protezione dei dati (GDPR)

Ripi _____

Firma
