

Al Comune di.....

Appartenente al Distretto Roma 4.3

Oggetto: richiesta di attivazione servizio assistenza domiciliare, in favore di:

ANZIANI DISABILI MINORI

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ prov. _____

il ___/___/___ residente in _____ ,

via/p.zza _____ C.F.

tel/cell. _____

CHIEDE

l'attivazione del Servizio di Assistenza Domiciliare a favore

di me medesimo

di _____ nato/a a _____ il ___/___/___

residente in _____ via/p.zza _____

Dichiaro di avere un indicatore ISEE relativo ai redditi percepiti all' _____ pari ad euro _____ . così come risulta dal certificato ISEE, rilasciato in data ___/___/___ presso il CAF _____ .

Allega alla prente:

- copia documento identità

- altro _____

DATA _____

FIRMA _____

Autorizza, ai sensi del DGPR 679/2016, l'uso manuale/informatico dei dati personali per il servizio distrettuale di assistenza domiciliare.

DATA _____

FIRMA _____