

ASSISTENZA DOMICILIARE

**ALL'UFFICIO DI PIANO  
DISTRETTO SOCIALE DELLA BASSA SABINA  
COMUNE CAPOFILA DI POGGIO MIRTETO**

IL SOTTOSCRITTO \_\_\_\_\_  
professione \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ N° \_\_  
telefono \_\_\_\_\_ secondo telefono \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l'attivazione del Servizio di Assistenza Domiciliare istituito dal Distretto sociale della Bassa Sabina

Per sé stesso

Per l signor \_\_\_\_\_

professione \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ N° \_\_  
telefono \_\_\_\_\_ secondo telefono \_\_\_\_\_

**A tal fine dichiara**

che richiede l'attivazione del Servizio di Assistenza Domiciliare per i seguenti motivi:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**e allega**

la Attestazione in base ai dati contenuti nella Dichiarazione sostitutiva unica valevole per la richiesta di prestazioni sociali agevolate (ai sensi del D.P.C.M. 5 dicembre 2013 n. 159/2013).

In riferimento al D. Lgs. 196/2003 si autorizza codesta Amministrazione al trattamento dei dati personali al fine di attuare le procedure relative allo svolgimento ottimale del Servizio.

Data \_\_\_\_\_

IL RICHIEDENTE \_\_\_\_\_