

**OGGETTO: RICHIESTA AMMISSIONE AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE.**

\_\_ I \_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_,  
nato/a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ residente in  
\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_ V \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**l'ammissione al Servizio di Assistenza Domiciliare erogato da codesto Ente**

- per se;
- per il familiare \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente in Oristano, Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Rec. tel. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

**Per la seguente prestazione**

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

**Allega:**

- Certificazione sui redditi del nucleo familiare;
- Certificato medico attestante la condizione di totale/parziale non autosufficienza (in sostituzione copia verbali invalidità e/o L 104/92);
- Altro documento utile \_\_\_\_\_

Oristano li \_\_\_\_\_

**FIRMA**

\_\_\_\_\_

**Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. n° 196/2003**

**FIRMA**

\_\_\_\_\_

**OGGETTO: RICHIESTA INTEGRAZIONE ORE SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE.**

\_\_I\_\_ sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_,  
nato/a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**l'INTEGRAZIONE delle ore di Servizio di Assistenza Domiciliare erogato da codesto Ente**

per se;

per il familiare \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente in Oristano, Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_

Rec. tel. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

**considerato che**

---

---

---

---

Oristano li \_\_\_\_\_

**FIRMA**

---

**Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. n° 196/2003**

**FIRMA**

---