

*Al Consorzio dei Comuni del Cassinate
per la Programmazione e Gestione dei Servizi Sociali*

per il tramite
del COMUNE di

- I- sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

in qualita' di _____

**CHIEDE L'ATTIVAZIONE
DEL SERVIZIO DI:**

- ASSISTENZA DOMICILIARE
- TRASPORTO (specificare destinazione _____
giorni _____ orario andata_ ! !_ !_ !_ orario ritorno_ ! !_ !_ !_)
- MENSA SOCIALE
- EDUCATORE DOMICILIARE
- ALTRO (Specificare) _____

A FAVORE DI:

Nome e Cognome		
Luogo e Data di nascita		
Indirizzo		
Telefono		

PERSONA DA CONTATTARE PER EFFETTUARE LA VISITA DOMICILIARE:

Nome e Cognome		
Recapito Telefonico 1		
Recapito Telefonico 2		

Si allega alla presente

- **Certificazione del medico curante attestante le condizioni sanitarie del destinatario¹**
- **Certificazione ISEE del nucleo familiare**

Il sottoscritto autorizza il Consorzio al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs n.156/2003

Lì _____

FIRMA DEL RICHIEDENTE

¹ La certificazione del medico curante può essere sostituita da altra certificazione sanitaria (esempio verbale di invalidità, verbale delle commissioni mediche integrate di cui alla Legge 104/92, etc).

