

**COMUNE DI SANT'ANTONIO DI GALLURA
SETTORE SERVIZI SOCIALI**

Il Sottoscritt _____
nato a _____ il ____/____/____ stato civile _____
residente a Sant'Antonio di Gallura, via/piazza _____ n. _____
Telefono _____ Codice fiscale _____

CHIEDE DI POTER BENEFICIARE DEL

SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE

- Per se
 o per _____
nat_ a _____ Il ____/____/____
residente a Sant'Antonio di Gallura, via/piazza _____ n. _____

Che venga attivato il Servizio di Assistenza Domiciliare.
In quanto

A tal fine allega la seguente documentazione:

- a) Certificato medico;
- b) Certificato rilasciato dalla Commissione per l'accertamento degli stati di invalidità civile;
- c) Modello ISE;
- d) Fotocopia Carta d'identità.

Il sottoscritt dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.lgs. n. 196 del 30.06.2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento finalizzato all'intervento richiesto, per cui presta il suo consenso per il trattamento dei dati personali e sensibili necessari per lo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa

San'Antonio di Gallura, li _____

Il Dichiarante

RISERVATO ALL'UFFICIO SERVIZI SOCIALI

OSSERVAZIONI

INTERVENTO
