

Al Signor Sindaco  
All'Assessore Politiche Sociali  
Comune di Floridia

Oggetto : Servizio di Assistenza Domiciliare Disabili.

^^^^^^

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ res.te in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel./ Cell. \_\_\_\_\_ Cod .Fisc. \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

che Signor :

\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ res.te in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel/cell \_\_\_\_\_ Cod. Fisc. \_\_\_\_\_

possa usufruire del Servizio di Assistenza Domiciliare Disabili.

A tal fine, tra gli Enti Gestori erogatori del servizio, accreditati presso il Distretto Socio Sanitario D 48, dichiara di scegliere \_\_\_\_\_

Si allega alla presente domanda :

1. Attestazione ISEE (2016) del nucleo familiare convivente con il disabile;
2. Certificazione medica rilasciata dall'ASP ai sensi della legge 104/92 art.3 C.3 ;
3. Copia fotostatica del documento di identità del richiedente e del disabile;

Il disabile usufruisce di altro servizio socio- sanitario si  no  .

I dati forniti saranno trattati ai sensi della legge sulla Privacy (D.Lgs 30 Giugno 2003 n. 196)

Floridia li \_\_\_\_\_

Con Osservanza

\_\_\_\_\_