SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE

**Richiesta di attivazione**

Prot. n.

del     Al Signor Sindaco

      del Comune di

      Gonnosfanadiga

...l... sottoscritt... ........................................................................ nat... a ................................................... il .....................

residente a ........................................................... in via/p.zza/loc. .................................................................................

domicilio …………………………...................................... in via .............................................................................................

in qualità di ...............................................................................................................

 **chiede di poter usufruire del Servizio di Assistenza Domiciliare**

□ in suo favore

□ in favore del/la Sig./ra…………………………………….………………………(nato/a…………………………………………..………………………

il………………………) residente a Gonnosfanadiga in Via……...……………………………..…………….……….…n°…………………………….

tel…………………………………………………… Codice Fiscale………….……………………………………………………………………………………….

specificare la relazione di parentela…………………………………………………………….tel. …………………………

CF/Tessera Sanitaria …………………………………………………………

**Motivazione della richiesta**

  □ Vive sola/o

  □ Non è autosufficiente

  □ Altro

**DICHIARA DI TROVARSI NELLA SEGUENTE SITUAZIONE**

**Situazione sanitaria (***descrizione sintetica***)** …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………………...………………………………………………………………

  **Situazione economica (***descrizione sintetica***)** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………...

**Dichiara altresì**

* **di essere a conoscenza del fatto che la presente richiesta non comporta l’attivazione del servizio ma è preliminare alla valutazione dell’assistente sociale, da cui verrà contattato/a per un colloquio**
* **di aver preso visione dell’allegata Informativa** sul trattamento dei dati personali “INFORMATIVA PRIVACY”

**Gonnosfanadiga, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Il Richiedente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**