



Al Coordinatore dell'Ambito C02
Dott.ssa Maddalena Varra

Oggetto: richiesta servizio di ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA ALL'ASSISTENZA SANITARIA (ADI/CDI) A FAVORE DI PERSONE ANZIANE ULTRASESSANTACINQUENNI NON AUTOSUFFICIENTI.

Il/la sottoscritto _____ nat_ il _____ a
_____ e residente in Via _____ n.____ C.F.
_____ recapito telefonico _____

CHIEDE

di poter usufruire del servizio di **ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA ALL'ASSISTENZA SANITARIA (ADI/CDI) A FAVORE DI PERSONE ANZIANE ULTRASESSANTACINQUENNI NON AUTOSUFFICIENTI**

Allega alla presente:

- Certificazione **I.S.E.E.** (Indicatore Situazione Economica Equivalente);
- Certificazione attestante lo stato inabilitante dell'ASL di competenza e/o certificato medico.

Il/la sottoscritta/o, altresì dichiara di essere informata, ai sensi del decreto legislativo n. 196 del 30 giugno 2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale viene resa la presente dichiarazione.

Con osservanza

.....