



COMUNE DI BOVALINO

PROVINCIA DI REGGIO CALABRIA

C.F. 81000710806

Al Resp. DELL'U.O. AFFARI GENERALI
Ufficio POLITICHE SOCIALI
COMUNE DI BOVALINO R.C.

OGGETTO: manifestazione di interesse per l'ammissione al servizio di assistenza domiciliare destinato a persone anziane (età pari o superiore a 65 anni) e disabili gravi.

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____ -età _____, residente in Bovalino

(R.C.) Via/C.da _____ n. _____ recapito telefonico _____

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

manifesta la volontà di accedere al Servizio di Assistenza Domiciliare

• per se stesso/a

• per il/la Sig./ra: _____

nato/a a _____ il _____ -età _____, residente in Bovalino

(R.C.) Via/C.da _____ n. _____ recapito telefonico _____

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

indicatore della situazione economica - (ISEE del nucleo familiare - in corso di validità per un valore massimo di € _____)

Al modello dovrà essere allegata la seguente documentazione:

1. Copia fronte/retro del documento di riconoscimento del richiedente ed eventualmente, nel caso di familiare richiedente.
2. Copia fronte/retro della tessera sanitaria in corso di validità del richiedente ed eventualmente, nel caso di familiare richiedente.
3. Attestazione ISEE del nucleo familiare in corso di validità per un valore massimo di € 10.000,00

SI AUTORIZZA

il Comune di Bovalino al trattamento dei dati rilasciati ai sensi del D. Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e ss.mm.ii. , che verranno utilizzati nella fase di progettazione del servizio di assistenza domiciliare.

Luogo e data

Firma del richiedente