

**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.

**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 esecuzione del servizio di assistenza domiciliare.

---

Luogo e data

Firma del richiedente