

DOMANDA DI ATTIVAZIONE SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE

Spett.le COMUNE di GROPELLO CAIROLI

Il/La sottoscritto/a
nato/a a il
residente a in Via N.
..... recapito telefonico Codice
fiscale in qualità di
..... del/la Sig./Sig.ra
nato/a a il residente a
..... In Via N.
codice fiscale recapito telefonico

CHIEDE

l'attivazione del servizio di assistenza domiciliare a partire dal giorno e
nei seguenti giorni:

- | | | | | | |
|--------------------------|-----------|-------|-------|------|-------|
| <input type="checkbox"/> | Lunedì | dalle | _____ | alle | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Martedì | dalle | _____ | alle | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Mercoledì | dalle | _____ | alle | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Giovedì | dalle | _____ | alle | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Venerdì | dalle | _____ | alle | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Sabato | dalle | _____ | alle | _____ |

ALLEGA

- certificazione ISEE in corso di validità.

Gropello Cairoli, lì

.....
(firma del richiedente)

Consenso per il trattamento dei dati sensibili

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'informativa di cui all'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i. e acconsente al trattamento dei propri dati personali, dichiarando di avere avuto, in particolare conoscenza che alcuni dati medesimi rientrano nel novero dei dati "sensibili" di cui alla normativa vigente.

Gropello Cairoli, lì

.....
(firma leggibile)