

**OGGETTO: richiesta aumento ore Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) persona con
disabilità**

Il/la sottoscritt _____
nat_ il _____ a _____, residente in
_____, Via _____ n° _____,
recapito telefonico _____, in qualità di _____

CHIEDE

l'aumento ore del Servizio di Assistenza Domiciliare a favore del/la sig/sig.ra
_____, nat_ il _____
a _____, residente in Ascoli Piceno, in Via _____, n° _____,
recapito telefonico _____.

Si allegano alla presente:

- 1. Documentazione attestante l'aggravamento delle condizioni sanitarie e/o sociali del richiedente;**
- 2. attestazione modello ISEE socio sanitario ristretto ovvero ordinario;**

..l. sottoscritt., in conformità all'informativa di cui all'art.13 del D.lgs. 196/2003, autorizza il trattamento dei dati personali allo scopo di consentire lo svolgimento del procedimento relativo alla pratica di cui all'oggetto ed è a conoscenza dei diritti attribuiti dall'art.7 del D.lgs. 196/03.

..l. sottoscritt., si impegna altresì a comunicare ogni evento che determini variazioni della propria situazione familiare e a fornire, a richiesta dell'Ufficio, qualsiasi ulteriore informazione o documentazione necessarie per l'espletamento della pratica di cui all'oggetto.

Ascoli Piceno,

firma