

Al Sig. Sindaco Assessorato Politiche Sociali
ASCOLI PICENO

OGGETTO: richiesta erogazione S.A.D. Anziani

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

CHIEDE

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

Fa presente che la persona sopraindicata ha n° _____ figli e _____
fratelli/sorelle.

Si allega alla presente:

1. attestazione modello ISEE
2. certificato medico e/o copia verbale d'invalidità;
3. comunicazione INPS di erogazione dell'assegno di invalidità civile e/o indennità di accompagnamento;
4. certificazione "A.D.I." rilasciata dal competente servizio della ASUR zt. 13.
5. copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

Il richiedente, qualora si verificano variazioni rispetto a quanto dichiarato, si impegna a presentare la relativa documentazione aggiornata.

Ascoli Piceno,

firma

SCHEDA GENERALITA' CONGIUNTI

Grado parentela	Cognome	Nome	Data di nascita	Residenza città	Indirizzo	Recapito telefonico

..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, .lì

.....

Firma

.....