

**DOMANDA DI AMMISSIONE AL SERVIZIO DI
"ASSISTENZA DOMICILIARE"**

N. prot. _____

Al Presidente
Conferenza di Ambito
Territoriale Sociale n. 26

L sottoscritt _ _____ nat_ a _____ il _____

Codice fiscale residente a _____ in
via _____ tel. _____

CHIEDE

di poter usufruire dell'ammissione al Servizio di Assistenza Domiciliare

- PER ME STESSO**
- PER IL SEGUENTE FAMILIARE**

Nome e cognome _____

Nato a - il _____

Residente a _____

Codice fiscale

Recapiti telefonici _____

A tal fine dichiara:

___ di possedere una certificazione ISEE (socio-sanitario) in corso di validità di importo pari a euro _____ relativa ai redditi dell'anno _____ con scadenza il _____ e numero di protocollo INPS _____ e si impegna qualora l'intervento sia continuativo, a dichiarare nuova certificazione ISEE (socio-sanitario) aggiornata pena la decadenza del beneficio.

- di **NON** possedere nuova certificazione ISEE (socio-sanitario), ma si impegna a produrla entro il 31.03.2020 pena l'addebito del costo massimo orario del Servizio pari a 17,00 €.

Allega:

___ Eventuale certificazione medica

data _____

Con ossequio
