

Oggetto: Richiesta di fruizione del servizio di Assistenza domiciliare in favore degli anziani non autosufficienti di cui all'Azione n. 3 del Piano di Zona 2021.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____

il _____ e residente a Castellana Sicula in Via _____ n. _____

Tel. n. _____

in qualità di:

- soggetto anziano non autosufficiente;
- referente della persona sotto indicata;

CHIEDE

- per se;
- per il/la Signor/a _____ nato/a a _____
il _____ e residente a Castellana Sicula in Via _____ n. _____
tel. n. _____

di essere ammesso/a al servizio di assistenza domiciliare in favore degli anziani non autosufficienti di cui all'Azione n. 3 del Piano di Zona 2021, del Distretto socio sanitario n. 35.

Allega:

- copia di un documento di identità del richiedente e del beneficiario, se persona diversa;
- copia della certificazione della commissione medica attestante l'invalideria civile del 100% o della certificazione di cui alla legge 104/1992.
- Certificazione ISEE in corso di validità.

Castellana Sicula, li _____

Il Richiedente
