

AMBITO TERRITORIALE N. 9
LEGGE 328/2000

*COMUNE DI SAN GIUSEPPE VESUVIANO-COMUNE CAPOFILA DEI
COMUNI DI OTTAVIANO, PALMA CAMPANIA, POGGIOMARINO,
SAN GENNARO VESUVIANO, STRIANO, TERZIGNO*

Al Sig. Sindaco del Comune di _____

..l. sottoscritt. _____ in qualità di

- Tutore
- Familiare

CHIEDE

alla S.V. che il/la Sig./ra _____ nat. a
_____, il _____, residente nel Comune di
_____, alla via _____ tel. _____

possa usufruire del Servizio di Assistenza Domiciliare Disabili (SAD).

Il sottoscritto dichiara di essere disposto a partecipare al costo del servizio, proporzionalmente in rapporto alla situazione reddituale del proprio nucleo familiare, così come certificato dalla Attestazione ISEE.

Autorizza altresì codesta Amministrazione al trattamento dei dati personali, ai sensi della L. 675/96, limitatamente agli scopi di cui alla presente.

Allega:

1. Attestazione ISEE
2. Certificazione Sanitaria

Li _____

In Fede
