



COMUNE DI BOFFALORA SOPRA TICINO

Città Metropolitana di Milano

MODULO RICHIESTA ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE

Al Comune di BOFFALORA SOPRA TICINO (MI)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il ____/____/____

residente a Boffalora Sopra Ticino (MI), Via _____ n. _____

telefono _____ (eventuale altro riferimento _____)

CHIEDE L'ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE:

Per sé stesso/a

In favore del/della sig./sig.ra _____

(rapporto di parentela _____)

nato/a a _____ il ____/____/____

residente a Boffalora Sopra Ticino (MI), Via _____ n. _____

telefono _____ (eventuale altro riferimento _____)

per le seguenti esigenze:

- PRESTAZIONI DI CURA DELLA PERSONA
- PRESTAZIONI DI CURA DELL'AMBIENTE DI VITA
- PRESTAZIONI DI SOSTEGNO ALLA RELAZIONE



COMUNE DI BOFFALORA SOPRA TICINO
Città Metropolitana di Milano

INFORMAZIONI SUL DESTINATARIO DEL SERVIZIO

Vive solo/a con il coniuge con figli con altri parenti

Medico curante _____

Percentuale di invalidità _____ Accompagnamento SI NO

Allega alla presente:

- Fotocopia dell'attestazione ISEE (per il calcolo della compartecipazione alla spesa);
- Fotocopia della Carta d'Identità
- Fotocopia della Carta d'Identità del destinatario, se diverso dal richiedente
- Fotocopia del verbale di invalidità

Boffalora Sopra Ticino, lì _____

Firma _____

Informativa ai sensi DPR 196/03 e ss mm ii
"Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali".

Ai sensi del DPR 196/03 ed in relazione ai dati personali che La riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo che il trattamento è indispensabile ai fini dell'erogazione del Servizio Assistenza Domiciliare.

Preso atto dell'informativa di cui sopra il/la sottoscritto/a _____
acconsente al trattamento dei dati personali che lo/la riguardano, funzionale agli scopi per i quali è posto in essere.

Boffalora Sopra Ticino, lì _____

Firma _____