Allegato A

AMBITO TERRITORIALE N.9
LEGGE 328/00

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_____

- Familiare
- Tutore
- medico curante

CHIEDE

Alla S.V. che il/la Sig._____

Nat...a_____,il_____,residente nel Comune di _____

Alla Via_____tel._____

Possa usufruire del Servizio di Assistenza Domiciliare Anziani (SAD).
L'utente parteciperà al costo del servizio, proporzionalmente in rapporto alla situazione reddituale del proprio nucleo familiare, così come certificata 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:
Attestazione ISEE;
Fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità.

Lì_____ In Fede