



RICHIESTA SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE

(compilare il modulo in tutte le sue parti)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ residente a _____ in via _____ n. _____
tel. _____ indirizzo mail _____
in qualità di _____

CHIEDE

- di poter usufruire del Servizio di Assistenza Domiciliare finalizzato a:

Igiene personale Bagno Riordino ambiente Preparazione pasto Somministrazione pasto

Per il/la Sig./ra _____ nato/a a _____
il _____ residente a _____ in via _____ n. _____
tel. _____ C.F. _____ Invalidità _____

- che il bollettino di pagamento del servizio venga inviato a _____

Via _____ n. _____ città _____
tel. _____

- indica come familiare di riferimento (se diverso dal richiedente):

Sig./ra _____ tel. _____



ACCETTA

l'attribuzione della **TARIFFA AGEVOLATA***

l'attribuzione della **TARIFFA MASSIMA**

*A tal fine allega la Certificazione ISEE non superiore alla soglia stabilita annualmente dalla Giunta Comunale.

Il Servizio di Assistenza Domiciliare sarà effettuato durante i seguenti giorni:

| | | |
|------------|-----------------|----------------|
| LUNEDI' | dalle ore | alle ore |
| MARTEDI' | dalle ore | alle ore |
| MERCOLEDI' | dalle ore | alle ore |
| GIOVEDI' | dalle ore | alle ore |
| VENERDI' | dalle ore | alle ore |

Per un totale complessivo di n° ore settimanali.

Data _____

Firma _____

Visto Assistente Sociale: _____

*L'informativa sulla privacy ai sensi dell'art. 13 del Reg. Ue 2016/679 (GDPR) può essere consultata al seguente link:
<https://www.comune.melzo.mi.it/it/privacy>.*