



COMUNE DI PIANA DEGLI ALBANESI
BASHKIA E HORËS SE ARBËRESHËVET
Città Metropolitana di Palermo
DIREZIONE AFFARI GENERALI E SERVIZI ALLA CITTADINANZA
SERVIZI SOCIALI

Al Comune di Piana degli Albanesi
Ufficio Servizi Sociali

Oggetto: Richiesta di ammissione al Servizio di Assistenza Domiciliare **NON** integrato con l'assistenza sanitaria **(S.A.D.)**

Il / La sottoscritto/a

.....
Nat...a.....il.....residente a
..... In
Via.....telefono.....
... Codice
fiscale.....

CHIEDE

Di essere ammess.... al Servizio di Assistenza Domiciliare **NON** integrato con l'assistenza sanitaria **(S.A.D.)**.

Al tal fine consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e di esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità , sotto la propria responsabilità dichiara:

di essere residente in, via,CAP, unitamente con la propria famiglia così composta:

COGNOME E NOME	DATA E LUOGO DI NASCITA	RELAZIONE DI PARENTELA

Si allega alla presente:

- Dichiarazione ISEE
- fotocopia del documento di identità in corso di validità del richiedente ;
- fotocopia del codice fiscale del richiedente.

Piana degli Albanesi ,

FIRMA

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto/a autorizza, ai sensi dell'art.23 del DL.196/2003 il Comune di Piana degli Albanesi e per esso gli uffici competenti, al trattamento dei propri dati personali per l'istruzione della pratica relativa al servizio di Assistenza domiciliare NON integrato con l'assistenza sanitaria

Data _____

Firma _____