

**SCHEDA DI PROPOSTA PER L'ACCESSO AI SERVIZI TERRITORIALI
DISTRETTO SOCIO-ASSISTENZIALE N°3 "MEDIA VALLE CRATI"**
(PARTE GENERALE DA COMPILARE DAL RICHIEDENTE/FAMILIARE O PERSONA
AUTORIZZATA)

Sig. Sindaco

Comune di _____

Il/La richiedente

Nome _____ Cognome _____ Sesso M F
Nato/a _____ (Prov. _____) il _____
Codice fiscale _____ Residente in _____
Cap. _____ Via _____ N _____

Domiciliato (se diverso dalla residenza) in

Via _____ N _____ Tel/cell _____

Stato civile: coniugato separato divorziato vedovo celibe/nubile

Convivenza: solo con figli con coniuge con parenti con altri con coniuge e figli

Abitazione: di proprietà in affitto al piano n° _____ (solo se l'abitazione è priva di ascensore)

Parte da compilare in caso di istanza richiesta dal rappresentante legale (genitore, tutore, curatore, amministratore di sostegno, etc.) o di persona che firma per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (art. 4 DPR 445/2000):

Nome _____ Cognome _____
Residente in _____ Via _____ N _____
Tel./cell. _____

- Rappresentante legale del richiedente (specificare) _____*
- Persona che può firmare per impedimento temporaneo del richiedente o sottoscrivere (specificare grado di parentela) _____*

Servizio richiesto:

X Servizio Socio Assistenziale Domiciliare

Informazioni sul Medico di Medicina Generale di Libera scelta del richiedente

Nome _____ Cognome _____

Studio medico in _____ Via _____ n° _____

Tel./cell. _____

Luogo e Data _____

Firma _____

CONSENSO INFORMATO

Si **autorizza** il trattamento dei dati ai sensi

Del D.LGS 196/2003 SI NO

Luogo e Data _____

Firma _____

Si allega alla presente:

1-Documento di identità

2-Attestazione Isee 2018 o dichiarazione sostitutiva Isee

3- Eventuale certificazione l. 104/92 o certificato del medico curante attestante la non autosufficienza.