



Settore Politiche Sociali
Servizio Assistenza

Comune di Nola
Provincia di Napoli

* * *

Prot. n. _____/U.A.

del _____

Al Dirigente alle Politiche Sociali

del Comune di Nola

Oggetto: Richiesta di assistenza domiciliare in favore degli anziani

Il/la sottoscritt _____ nat _____ il _____

a _____ e residente in Via _____ n. _____

C.F. _____ recapito telefonico _____

CHIEDE

di poter usufruire del Servizio di Assistenza Domiciliare in favore degli anziani ultrasessantacinquenni residenti.

Allega alla presente:

- Certificazione **I.S.E.E.** (**I**ndicatore **S**ituazione **E**conomica **E**quivalente);
- Certificazione attestante lo stato inabilitante dell'ASL NA/4 e/o certificato medico.

___ l___ sottoscritt ___, qualora fosse ammess___ a fruire del servizio, si impegna a versare una quota individuale di compartecipazione, calcolata

in relazione al proprio reddito certificato dall'attestazione ISEE.

➤ Il/la sottoscritta, altresì dichiara di essere informata, ai sensi del decreto legislativo n. 196 del 30 giugno 2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale viene resa la presente dichiarazione.

Con osservanza

.....