

**AL SIGNOR SINDACO
DEL COMUNE DI
SAN GAVINO MONREALE**

OGGETTO: SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE.

_ l _ sottoscritt _ _____ nat _ a _____
il _____ residente a _____ in via _____ n° ____
tel. _____ in qualità di _____,

CHIEDE










Che _ l _ signor _ _____ nat _ a _____
il _____ e residente a San Gavino Monreale in via _____
n° ____ tel. _____, domiciliato in via _____
n° ____ c/o _____, possa beneficiare del
Servizio di ASSISTENZA DOMICILIARE istituito da questo Comune ai sensi della Legge
Regionale 4/88, in quanto trovasi nelle seguenti condizioni:

- Vive solo
- Non è autosufficiente
- Altri motivi _____

A tal fine allega alla presente la seguente documentazione:

1. Dichiarazione sostitutiva di certificazione attestante:
 - a. la composizione del nucleo familiare della persona per cui si richiede il beneficio;
 - b. il reddito complessivo percepito da tutti i componenti il nucleo familiare del suddetto;
2. Certificazioni sanitarie ritenute necessarie;
3. Autorizzazione supporto e controllo corretta assunzione dei farmaci (eventuale).

_ 1 _ sottoscritt _ chiede che vengano forniti i seguenti servizi:

 Igiene della persona	SI	NO
 Preparazione pasti	SI	NO
 Igiene ambienti	SI	NO
 Servizio lavanderia	SI	NO
 Compagnia diurna	SI	NO
 Prestazioni sanitarie elementari	SI	NO
 Disbrigo commissioni	SI	NO
 Visita accompagnata	SI	NO
 Servizio di segretariato	SI	NO

Dichiara inoltre di conoscere ed accettare le condizioni che regolano tale Servizio e di impegnarsi a pagare la quota di contribuzione al servizio (se dovuta) in base alla L.R. 4/88 e relativo regolamento di attuazione.

San Gavino Monreale, _____

FIRMA RICHIEDENTE

FIRMA BENEFICIARIO
