
AL COMUNE DI COSTA SERINA
SERVIZIO ALLA PERSONA

OGGETTO: Richiesta Assistenza Domiciliare

Il/La sottoscritt _____

Nat a _____ il _____

residente in via _____

Tel _____

CHIEDE

Di poter usufruire del servizio di assistenza domiciliare per numero _____ ore

Settimanali a partire dal _____ per i seguenti motivi:

Allega alla presente ai fini del calcolo della quota di partecipazione economica a mio carico:

- Attestazione ISEE
- Eventuale certificato di invalidità rilasciato dall'ASL

Ringraziando anticipatamente, si porgono distinti saluti.

_____, _____

IL RICHIEDENTE _____