

AL COMUNE DI SAN SPERATE  
- UFFICIO SERVIZI SOCIALI -

Oggetto: **SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE**

IL SOTTOSCRITTO \_\_\_\_\_ NATO A \_\_\_\_\_

IL \_\_\_\_\_ RESIDENTE IN SAN SPERATE - VIA \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_ TELEFONO N. \_\_\_\_\_ -

Email \_\_\_\_\_

**CHIEDE** ( ) - PER SE STESSO;

( ) - PER \_\_\_\_\_ NATO A \_\_\_\_\_

IL \_\_\_\_\_ RESIDENTE IN S. SPERATE - VIA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

DI USUFRUIRE DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE, PER IL SEGUENTE SERVIZIO:

“ **IGIENE DELLA PERSONA** ” con annesse eventuali funzioni secondarie quali:

( ) IGIENE DEGLI AMBIENTI DOMESTICI (limitata a quelli destinati alle funzioni primarie)

( ) IGIENE DELLA BIANCHERIA

( ) CONFEZIONE E/O DISTRIBUZIONE PASTI

( ) ASSISTENZA NELLA CORRETTA ESECUZIONE DI PRESTAZIONI FARMACOLOGICHE - MEDICHE

( ) DISBRIGO PRATICHE

( ) ASSISTENZA E SOSTEGNO NELL'ORGANIZZAZIONE DELL'ATTIVITA' DOMESTICA

( ) SOSTEGNO E STIMOLO ALLA COMUNICAZIONE E ALLE RELAZIONI SOCIALI

• DICHIARA DI CONOSCERE E DI ACCETTARE LE CONDIZIONI CHE REGOLANO TALE SERVIZIO

• ALLEGA ALLA PRESENTE:

( ) LA DICHIARAZIONE **I.S.E.E.** ORDINARIO O PER PRESTAZIONI SOCIO-SANITARIE;

( ) CERTIFICATO MEDICO, ATTESTANTE LA CONDIZIONE DI SALUTE DEL RICHIEDENTE;

**Il sottoscritto autorizza l'Ente ad utilizzare i dati personali esclusivamente per i fini istituzionali e dell'Ufficio di Servizio Sociale, così come previsto dal D. Lgs. 196/2003.**

DATA \_\_\_\_\_

**FIRMA**

---

---

COMUNE DI SAN SPERATE (Provincia di Cagliari) – UFFICIO SERVIZI SOCIALI

VISTO: Esprime parere favorevole per n. \_\_\_\_\_ ore settimanali - con decorrenza \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

L'ASSISTENTE SOCIALE \_\_\_\_\_