

Al Presidente della
Comunità Montana Catria e Nerone
Ambito Territoriale Sociale n° 3
Via Alessandri, 19
61043 CAGLI

Oggetto: Richiesta attivazione del servizio S.A.D.I.S.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ e residente a _____ Via _____, n. ____ Tel.

CHIEDE

l'attivazione del servizio di Assistenza Domiciliare Integrata Socio-Sanitaria (SADIS) per

- Se stesso/a
- Il Sig/Sig.ra _____ nato/a a _____
il _____ residente a _____ in Via _____
n. _____
- n° ore settimanali richieste _____

Pertanto, al fine dell'inserimento nel SADIS dichiara che il reddito ISEE del proprio nucleo familiare relativo all'anno _____ è di € _____.

Si allega:

- certificazione medica
- autodichiarazione ISEE del nucleo familiare
- stato di famiglia

data _____

Il sottoscritto esprime il consenso al trattamento dei propri dati personali ai fini del presente procedimento, ai sensi e per gli effetti del D.lgs 196/03.

Il/la sottoscritto/a
