

**DOMANDA DELL'UTENTE**

**AMBITO TERRITORIALE  
"VAL D'AGRI"**

*Al Sig. Sindaco del Comune di  
85050 Paterno (PZ)*

**RICHIESTA DI ASSISTENZA DOMICILIARE**

*Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente  
a \_\_\_\_\_ Via/Piazza/ \_\_\_\_\_ C.da  
\_\_\_\_\_ Telef. \_\_\_\_\_*

**CHIEDE**

*(annerire la casella che interessa)*

*Di poter usufruire del Servizio SAD per suo conto*

*per conto del proprio familiare \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_*

*residente a \_\_\_\_\_ alla*

*via/Piazza/C.da \_\_\_\_\_*

*medico di Base dr. \_\_\_\_\_*

*Si allega alla presente:*

- ◆ *Certificato medico attestante la condizione di invalidità.*
- ◆ *Attestazione ISEE*
- ◆ *Stato di Famiglia*

*Lo scrivente si impegna al pagamento della eventuale quota di compartecipazione prevista dal servizio.*

*Si autorizza il trattamento dei dati ai soli fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati solamente per tale scopo ai sensi del Regolamento UE n.679/2016 art.13*

*Firma del beneficiario o del richiedente*

\_\_\_\_\_