

Spazio riservato al protocollo

DOMANDA DI AMMISSIONE AI SERVIZI

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____ residente in via _____

Comune di _____ C.A.P. _____ Prov. _____ Tel. _____

(compilare solo se il beneficiario coincide con il sottoscrittore)

Codice Fiscale _____ Tessera Sanitaria _____

Medico di Base _____ Esenzione Ticket _____ Stato Civile _____

Eventuale domicilio se diverso dalla residenza _____

IN QUALITÀ DI

diretto interessato Tutore / curatore / amministratore di sostegno

caregiver (indicare il rapporto di parentela con il beneficiario) _____

CHIEDE

di poter usufruire del seguente servizio/ contributo economico

- | | | |
|--|---------------------------------------|---|
| ☐ VOUCHER SOCIALE : | ☐ SFA | ☐ SERVIZI PER LA DOMICILIARITÀ |
| ☐ CDD | ☐ CSE | ☐ PRR |
| ☐ TELESOCCORSO | ☐ SOLLIEVO RSA | |
| ☐ ALTRO (specificare) | _____ | |

a favore di _____

(Compilare solo se il beneficiario non coincide con il sottoscrittore)

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____ residente in via _____

Comune di _____ C.A.P. _____ Prov. _____ Tel. _____

Codice Fiscale _____ Tessera Sanitaria _____

Medico di Base _____ Esenzione Ticket _____ Stato Civile _____

Eventuale domicilio se diverso dalla residenza _____

SI IMPEGNA

- a collaborare con il Servizio sia nella fase di valutazione che di realizzazione di quanto richiesto
- al pagamento, dove previsto, delle quote per la fruizione del servizio
- a predisporre comunicazione formale in caso di interruzione del servizio/sospensione del progetto per motivazione specifica

Luogo e Data _____

Firma _____