

AL SIGNOR SINDACO DEL

COMUNE DI CALATABIANO

OGGETTO: RICHIESTA SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE AGLI ANZIANI.

Il/La sottoscritt _____
nat__ a _____ prov. _____ il _____,
residente in Calatabiano in Via _____ n° _____;
Tel. _____.

In riferimento all'avviso pubblicato da codesta Amministrazione Comunale relativo al servizio di
Assistenza Domiciliare Agli Anziani

CHIEDE

di essere ammess__ al servizio di cui sopra.

Si allega alla presente:

- 1) certificato medico;
- 2) dichiarazione sostitutiva unica resa ai sensi del D.Lgs. n.109/98 e ss. mm. ed ii.,
con allegata attestazione I.S.E.E., in corso di nvalidità
- 3) fotocopia carta d'identità.

INFORMATIVA PROTEZIONE DATI PERSONALI

Dichiara, di essere informato ai sensi del Regolamento Europeo Privacy E/2016/679 (GDPR) che i dati personali forniti verranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità connesse all'espletamento della procedura in oggetto.

Calatabiano, li _____

IL DICHIARANTE

Sig.	

SITUAZIONE SANITARIA

VISTA:

Sufficiente	
Parzialmente	
Inesistente	

CONDIZIONE PSICOLOGICA:

Buona	
Mediocre	
Precaria	

UDITO:

Sufficiente	
Parzialmente	
Inesistente	

TERAPIA FARMACOLOGICA:

In forma temporanea	
Non sottoposta a terapia	
In forma continuativa	

DEAMBULAZIONE

Normale	
Parziale	
Impedito	

PRATICA TERAPIA:

Gratuita	
A pagamento	

IL MEDICO CURANTE

data

(timbro e firma)