



Città di Asola

Provincia di Mantova

Area Servizi alla Persona

Oggetto: Richiesta attivazione Servizio di Assistenza Domiciliare

Con la presente si richiede l'attivazione del Servizio di Assistenza Domiciliare a favore di:

Dati del richiedente

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____ / ____ / _____ Luogo di nascita _____

Codice Fiscale _____

Comune di residenza _____ Prov. _____ CAP _____

Via /Piazza _____ N° civico _____

Recapito telefonico _____ Cell. _____

In qualità di _____ dell'assistito

Dati dell'assistito (se diverso dal richiedente)

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____ / ____ / _____ Luogo di nascita _____

Codice Fiscale _____

Comune di residenza _____ Prov. _____ CAP _____

Via /Piazza _____ N° civico _____

Recapito telefonico _____ Cell. _____

Patologie _____

Nominativo Medico di base _____

Invalidità **SI** **NO**

Accompagnamento **SI** **NO**

ATTIVAZIONE IL GIORNO: ____ / ____ / _____

INVIARE IL PAGAMENTO A: **RICHIEDENTE** **ASSISTITO**



Città di Asola

Provincia di Mantova

Area Servizi alla Persona

Il richiedente dichiara di voler fruire del servizio attraverso la seguente Cooperativa accreditata:

- ACCANTO A TE Società cooperativa Sociale Onlus;**
- AGORA' Società cooperativa Sociale Onlus;**
- COMUNE DI CERESARA;**
- CONSORZIO DOMICARE;**
- CSA Cooperativa Servizi Assistenziali Società Cooperativa Sociale;**
- IL GELSO s.r.l.;**
- SINERGIA Società Cooperativa Sociale Onlus;**

Il richiedente dichiara di aver preso conoscenza:

- che il **costo orario** del servizio è di **€ 17.50**
- che in base al nuovo Regolamento, approvato con Deliberazione di Consiglio Comunale n. 21 del 30/03/2001, esecutiva ai sensi di legge, è possibile **accedere alle tariffe agevolate, con espressa richiesta**, attraverso dichiarazione sostitutiva unica (DSU) delle condizioni economiche (**NORMATIVA ISEE**).

Considerato quanto sopra,

DICHIARA

- di volere accedere alle tariffe agevolate : ID. ISEE _____
valore Isee € _____
data rilascio ____ / ____ / _____
data scadenza ____ / ____ / _____
- di non volere accedere alle tariffe agevolate
- **La mancata dichiarazione dell'autocertificazione delle condizioni economiche indicherà comunque che l'utente, considerata la propria situazione economica, ritiene di non aver diritto ad una tariffa agevolata e pertanto accetta il pagamento pieno del servizio;**

Distinti saluti

Asola, ____ / ____ / _____

Firma del richiedente