



COMUNE DI OSTIGLIA

Provincia di Mantova

MODULO DI RICHIESTA DI ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE (S.A.D.)

Il/la sottoscritto/a _____

In qualità di _____ telefono _____

CHIEDE

che venga attivato il Servizio di Assistenza Domiciliare (S.A.D.) nei confronti di:

cognome e nome: _____

nato/a a _____ il _____

residente nel Comune di OSTIGLIA, in Via _____

Il tipo di assistenza riguarda:

- ☐ Igiene personale giornaliera
- ☐ Bagno settimanale
- ☐ Compagnia tutelare
- ☐ Integrazione sciale
- ☐ Commissioni e/o spese
- ☐ Altro (specificare) _____

Si impegna sin d'ora a versare la tariffa oraria mensile, fissata da questa Amministrazione Comunale, nonché ad allegare alla presente i documenti richiesti per determinare la fascia di reddito di appartenenza.

Ostiglia, _____

Firma

N.B: si allega copia fronte retro della carta d'identità.