**Allegato A**

Sp.le Azienda Consortile Agro-Solidale

 Alla c.a. del Direttore Generale

Via M. Pittoni, 1

 Pagani (SA)

**Oggetto: Richiesta Servizio di Assistenza Domiciliare**

**○ ADA Anziani;** ○ **ADH Disabili**

Il/La sottoscritto/a ………………………………………..……………………….…………………………………………………….

Nato/a …………………………………………………………………………… il …………………….. Residente nel Comune di ..……………………………………….. alla Via …………………………………….…………n………. Recapito Telefonico …………….…………………………… cell ……………………………………………

C.F. ……………………………………………………………………………

in qualità di familiare/ tutore/ ADS di

……………………………………………………………………..…………………………………………………….…………………………..

Nato/a …………………………………………………………………………… il …………………….. Residente nel Comune di ..……………………………………….. alla Via …………………………………….…………n………. Recapito Telefonico …………….…………………………… cell ……………………………………………

C.F. ……………………………………………………………………………

**CHIEDE**

L’attivazione del Servizio di Assistenza Domiciliare Socio-Assistenziale, ed allega alla presente la seguente documentazione dell’interessato:

* Copia di idoneo documento di riconoscimento in corso di validità dell’utente e del richiedente;
* Copia Decreto di Invalidità legge 508/88;
* Copia del certificato Legge 104/92, obbligatorio per le persone con disabilità;
* DSU e Attestazione ISEE;
* Certificazione del medico curante attestante le condizioni sanitarie dell’interessato.

San Marzano Sul Sarno lì……………………

 in fede

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_