



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO RM G 6

ACCORDO DI PROGRAMMA PER LA GESTIONE ASSOCIATA DEI SERVIZI TRA LA ASL RM G 6, LA VXIII° COMUNITA' MONTANA MONTI LEPINI E I COMUNI DI: ARTENA, CARPINETO ROMANO, COLLEFERRO, GAVIGNANO, GORGA, LABICO, MONTELANICO, SEGNI, VALMONTONE

COMUNE CAPOFILA CARPINETO ROMANO

SPETT. LE COMUNE DI

Via.....

.....

Oggetto:Modulo per la domanda di ammissione al servizio distrettuale di assistenza domiciliare integrata

..I... sottoscritt..... nato a

il.....; residente a

via tel:

Altri eventuali recapiti:

.....
.....
.....

CHIEDE

Di poter usufruire del Servizio Distrettuale di Assistenza Domiciliare Integrata.

A tal fine allega:

- 1) ATTESTAZIONE I.S.E.E.;
- 2) CERTIFICATO MEDICO ATTESTANTE LE CONDIZIONI DI SALUTE.

FIRMA

(luogo e data)

Il/la sottoscritto/a, ai sensi del D.Lgs. 196/2003, autorizza il trattamento dei dati personali forniti per le finalità previste nel presente documento.

FIRMA

Data _____
