



**Al Direttore  
dell'Istituzione Centro Servizi per Anziani  
del Comune dell'Aquila  
"Cardinale Corradino Bafile"  
Via Capo Croce n. 1  
67100 L'Aquila**

### **DOMANDA DI ACCESSO AL SERVIZIO DOMICILIARE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

tel./cell. \_\_\_\_\_

Recapito Familiare/Persona di riferimento in qualità di\* \_\_\_\_\_

Sig./ra \_\_\_\_\_ tel./cell. \_\_\_\_\_

\*precisare: figlio/a, nipote, amico/a etc.

### **CHIEDE**

### **◇ l'accesso al Servizio di Assistenza Domiciliare ( SAD)**

A tal fine allega:

- dichiarazione sostitutiva unica ISEE;
- autocertificazione, ai sensi del D.P.R. 445/2000 e smi, di stato di famiglia e di residenza;
- copia di un documento di riconoscimento in corso di validità;
- copia del verbale di invalidità rilasciato dall'apposita Commissione Medica dell'ASL.  
(documento da esibire soltanto se il/la richiedente è stato/a riconosciuto/a invalido/a)

Autorizza, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e smi, il trattamento dei dati personali ai fini istituzionali dell'Ente connessi con la concessione di accesso.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_