

**Al Comune di \_\_\_\_\_**  
**All'Assessorato alle Politiche Sociali**  
**All'Assistente Sociale**

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

Nato/a\_a \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

In riferimento alla Legge n° 328 del 28 novembre 2000, di poter usufruire per l'anno \_\_\_\_\_

Del Servizio Distrettuale di Assistenza Domiciliare per n° ore \_\_\_\_\_ per i seguenti motivi:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Si impegna ad accettare la quota di compartecipazione a proprio carico in base al reddito calcolato ai fini ISEE come da tabella costi/ora scaricabile dal sito: [www.distrettosociosanitariovt4.it](http://www.distrettosociosanitariovt4.it). In caso di rinuncia al servizio già attivato, si prega, almeno 10 giorni prima, di darne comunicazione scritta, indirizzata ai Servizi Sociali di questo Comune.

Documentazione da allegare:

- ISEE;
- Copia Documento di Identità

FIRMA del Richiedente

Data \_\_\_\_\_