

Spett.le Area Servizi alla Persona
Via Rocca 2/a
24055 - Cologno al Serio (BG)

Oggetto: richiesta del Servizio di Assistenza Domiciliare

Il sottoscritto nato a il Provincia di e residente a Provincia di
in Via/P.zza , n. tel. Codice Fiscale Medico di base

CHIEDE

- di poter fruire del Servizio di Assistenza Domiciliare. Le prestazioni richieste sono finalizzate a
- OPPURE: di richiedere una variazione delle ora di assistenza già usfruite
- di essere invalido: (in caso di risposta affermativa va allegato il verbale di invalidità)
- frequenza dell'intervento (indicare frequenza settimanale e durata richiesta):
- data richiesta inizio intervento:
- di utilizzare per l'intervento/eventuali sostituzioni la cooperativa accreditata dell'azienda "Solidalia" (indicare la cooperativa prescelta):

INDICARE CON X LA COOPERATIVA PRESELTA	COOPERATIVA SOCIALE	SEDE	
	COOP. SOCIALE CITTA' DEL SOLE	TREVIGLIO (BG)	VIA CANONICA N. 7
	CONSORZIO CUMSORTIS - SOL.CO BASSA BERGAMASCA	TREVIGLIO (BG)	VIA CARAVAGGIO N. 45
	CONSORZIO DOMICARE	ROMANO DI LOMBARDIA (BG)	VIA BALILLA, 14

Indico nominativo e recapito telefonico dei parenti o dei referenti che si possono contattare:

Sig. grado di parentela .

All' uopo dichiara che la famiglia convivente si compone come sotto:

<i>Cognome e Nome</i>	<i>Data e Luogo di Nascita</i>	<i>Rapporto di Parentela</i>

