

Spazio riservato protocollo



COMUNE DI MONTE SAN SAVINO
Servizi Sociali

Richiesta di Intervento Socio-Assistenziale

COGNOME		NOME	
NATO A		IL	
RESIDENZA		VIA/N°	
TEL		CODICE FISCALE	
MEDICO DI BASE			

Composizione Nucleo Familiare

Cognome e Nome	anni	parentela	telefono	Invalità %

Familiari non conviventi:

Cognome e Nome	anni	parentela	residenza	telefono

Richiesta al servizio in favore di

Invalità civile NO SI _____ % (indennità di accompagnamento NO SI)
L.104/92 NO SI (connotazione di gravità NO SI)

- Ricovero presso Residenza Assistenziale "G. Ciapi" – modulo semi-residenziale (segue Mod. B1)
- Ricovero presso Residenza Assistenziale "G. Ciapi" – modulo residenziale (segue Mod. B2 – B2.1-B2.2)
 - Temporaneo dal _____ al _____
 - Definitivo

Nucleo familiare in carico ad altri Servizi? SI (quali) _____ NO

Attestazione ISEE n° _____ Valore ISEE _____
presentata il _____ N° componenti _____

Allegata alla domanda SI NO

La presente richiesta è sottoscritta da _____
In qualità di Amministratore di sostegno/Tutore, nominato con atto del
Tribunale Civile n° _____ del _____ e allegato alla presente.

In Fede

Ai sensi degli artt. 21 e 38 DPR n. 445/2000, la presente dichiarazione, sostitutiva di certificazioni ed atto di notorietà, è sottoscritta dal
dichiarante presso l'Ufficio _____, davanti al dipendente addetto del **Comune di Monte San Savino**,
che pertanto attesta che la sottoscrizione è stata apposta in sua presenza previa identificazione mediante: ★

Tipologia	Numero documento	Autorità emittente	Data emissione	Data scadenza
			____/____/____	____/____/____

firma e timbro del dipendente incaricato

Monte San Savino, _____