

SPORTELLLO UNICO

Domanda di Servizi

La presente domanda di servizi viene presentata per:

Cognome e nome:	
Nato/a a:	il:
Residente a: PIOVENE ROCCHETTE (VI)	in via:
Domicilio (indicare solo se diverso da indirizzo di residenza):	
Telefono:	Medico curante:
Indirizzo e-mail:	
Codice fiscale:	Tessera sanitaria:

La persona di riferimento è:

Cognome e nome:	
Grado di parentela:	Telefono:
INDIRIZZO E-MAIL per l'invio del bollettino PagoPa:	
Residente a:	in via:

Per il seguente intervento:

01	☐	Assistenza Domiciliare
02	☐	Pasto a domicilio
03	☐	Trasporto (indicare giorno, destinazione, orario):
04	☐	Centro Diurno
05	☐	Accoglimento temporaneo in struttura residenziale (vedere elenco strutture)
06	☐	Accoglimento definitivo in struttura residenziale (vedere elenco strutture)
07	☐	Accoglimento definitivo in casa albergo (vedere elenco strutture)
08	☐	Trasferimento tra Centri Servizi (vedere elenco strutture)
09	☐	Assistenza economica
10	☐	Altro
<i>Il richiedente è a conoscenza che potrà essere chiesta una partecipazione al costo dei servizi, secondo quanto previsto dal regolamento comunale.</i>		

DATA _____ FIRMA _____