



COMUNE DI POGLIANO MILANESE
Area Servizi alla persona

Oggetto: Richiesta Servizio di Assistenza Domiciliare / Pasto

__ I __ sottoscritt _____ C.F. _____
residente a _____ Via/P.zza _____
tel. _____

C H I E D E

di poter usufruire del seguente servizio:

☐ **assistenza domiciliare** per igiene personale con frequenza giornaliera _____

☐ **assistenza domiciliare** per bagno con frequenza ☐ settimanale ☐ bisettimanale

☐ **pasti a domicilio** (da lunedì a venerdì)

oppure _____

☐ a favore di _____ C.F. _____

residente a Pogliano Mil.se – Via _____ tel. _____

☐ per se stesso/a

Allega alla presente domanda, la certificazione ISEE completa di Dichiarazione sostitutiva unica (DSU) del proprio nucleo familiare.

Data _____

Firma _____

In osservanza della legge sulla tutela dei dati personali D.L. 196/2003 e GDPR 2016/679 si informa che i dati personali, anche di natura sensibile, che si chiede di fornire sono obbligatori per poter accedere al servizio richiesto. Tali dati saranno trattati solo per i fini connessi all'erogazione di tale servizio.