



Amministrazione destinataria  
Comune di Porto San Giorgio

Ufficio destinatario

## Domanda di potenziamento o sospensione del servizio di assistenza domiciliare

### Il sottoscritto

Cognome		Nome			Codice Fiscale				
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
Residenza		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
Provincia	Comune								
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata				

### CHIEDE

- di volere sospendere il servizio di assistenza domiciliare per la seguente motivazione

Specificare la motivazione

Data di termine della sospensione

- di volere ottenere il potenziamento del servizio di assistenza domiciliare di cui è già beneficiario

Ore settimanali attuali di beneficio del servizio

Specificare la motivazione

- per sè stesso

- per il seguente familiare o tutelato

Cognome		Nome			Codice Fiscale			
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza			

**in qualità di (\*)**

Ruolo

*In qualità di (\*):*

*amministratore di sostegno, curatore, esercente potestà genitoriale, familiare, tutore legale*

Eventuali annotazioni

### Elenco degli allegati

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

- copia della documentazione medica ed eventuale verbale di invalidità civile
- copia del documento di identità  
*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*
- altri allegati

### Informativa sul trattamento dei dati personali

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Porto San Giorgio

Luogo

Data

Il dichiarante