

# COMUNE DI COSTACCIARO



## **Oggetto: Richiesta attivazione servizi socio assistenziali**

Assistito \_\_\_\_\_ f ( ) m ( )

Luogo e data dinascita \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

Residenza \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ Codice sanitario \_\_\_\_\_

Familiare più prossimo \_\_\_\_\_

Medico curante \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

### TIPOLOGIA DI ASSISTENZA RICHIESTA

1. Assistenza domiciliare minori \_\_\_\_\_
2. Assistenza domiciliare adulti \_\_\_\_\_
3. Assistenza domiciliare anziani \_\_\_\_\_
4. Assistenza scolastica \_\_\_\_\_
5. Altre prestazioni sociali \_\_\_\_\_

### Motivazioni

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |

Proponente: M.M.G. ( ) Struttura Specialistica ( ) Familiare ( ) Reparto Ospedal. ( )  
Struttura residenziale ( ) Servizio Sociale ( ) Altro \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma del richiedente \_\_\_\_\_