

---

## OPERA PIA - “LUIGI CIARLETTI” - CASA DI RIPOSO

Via Serratrice, 17 – 13899 PRALUNGO - tel. 015 571638 – fax 015 2573000

e-mail operapiaciarletti@tiscali.it p.i. 01390560025 c.f. 81000390021

---

### SPAZIO RISERVATO ALL'ENTE

Ricevuta il \_\_\_\_\_ Visto Resp.le \_\_\_\_\_

Prot. n. \_\_\_\_\_ Visto Pres.te \_\_\_\_\_

### DOMANDA DI ATTIVAZIONE SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE

Per il/la Sig./ra. \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ **che si firmerà come richiedente**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

In qualità di \_\_\_\_\_ del/lla richiedente, in nome e per conto del/lla  
medesimo/a **che si firmerà come garante**

### INOLTRA DOMANDA

di avvio del servizio di assistenza domiciliare nei confronti del richiedente e, a tal proposito, si allegano i seguenti documenti:

- Fotocopia della Carta d'Identità e del Codice Fiscale del Richiedente e del Garante;
- Documentazione inerente la terapia farmacologica in uso;
- Documentazione relativa ad eventuali diete particolari del richiedente (celiachia, ecc...).

In fede

Data \_\_\_\_\_

Firma Richiedente \_\_\_\_\_

Firma Garante \_\_\_\_\_