

SPETT.LE

COMUNE DI OSSONA

UFFICIO SERVIZI SOCIALI

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____
NATO/A A _____ IL _____
RESIDENTE A _____ VIA _____ N. _____
TEL. _____

CHIEDE

A) PER SE' ;

oppure

B) PER IL PROPRIO FAMILIARE (indicare la relazione di parentela):

COGNOME E NOME _____
NATO/A A _____ IL _____
RESIDENTE A _____ VIA _____ N. _____
TEL. _____

DI POTER USUFRUIRE DEL **SERVIZIO COMUNALE DI ASSISTENZA DOMICILIARE**, IN PARTICOLARE PER LE SEGUENTI ESIGENZE:

- IGIENE AMBIENTALE
- PREPARAZIONE E ASSUNZIONE PASTI
- ASSUNZIONE MEDICINALI (SOLO TERAPIE ORALI)
- IGIENE PERSONALE
- ACCOMPAGNAMENTO
- COMMISSIONI VARIE
- PREVENZIONE PIAGHE DA DECUBITO

A TALE SCOPO, CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI PREVISTE PER IL CASO DI DICHIARAZIONE MENDACE, COSI' COME STABILITO DALL'ART. 76 DEL D.P.R. N. 445 DEL 28.12.2000,

