

**SCHEMA PROPOSTA DI ACCESSO AI SERVIZI TERRITORIALI**  
**Interventi per servizi di assistenza domiciliare socio-assistenziale per persone**  
**non autosufficienti di età compresa tra i 3 e 65 anni .**

**Al PUA del Comune di.....**  
**Distretto socio-assistenziale n. 1 di Cosenza**

**Il/la richiedente**

Nome.....Cognome .....sesso M  F   
nat\_ a ..... il .....  
codice fiscale .....residente in .....  
cap..... Via.....n. ....  
Domiciliato in Via ( se diverso dalla residenza) .....  
N..... - Tel. / cell. ....  
stato civile  
coniugato , separato , divorziato , vedovo , celibe/nubile   
convivenza  
 solo,  con figli,  con coniuge,  con parenti,  con altri,  con coniugi e figli.  
Abitazione  
 di proprietà,  in affitto, al piano \_\_\_\_ 8 solo se l'abitazione è priva di ascensore)

**Parte da compilare in caso di istanza richiesta dal rappresentante legale ( genitore, tutore, curatore, amministratore di sostegno, etc..) o di persona che firma per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere ( art. 4 DPR 445/2000);**

Nome.....Cognome .....  
Residente in ..... Via.....  
tel/cell.....  
 rappresentante legale del richiedente(specificare) .....  
 persona che può firmare per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere  
( specificare grado di parentela) .....

**Servizio Richiesto**

.....  
.....  
.....  
.....

**Informazione sul Medico di Medicina Generale di Libera scelta del richiedente.**

Nome.....Cognome.....  
Studio Medico in ..... Via.....  
Tel. ....

Luogo e data

Firma

**Consenso informato**

Si autorizza il trattamento dei dati ai sensi del D.lgs. 196/2013 SI  NO

Luogo e data

Firma