

Preg. Sig.

Consorzio C.I.S.A. 24
SEDE

Oggetto: Richiesta servizio di assistenza domiciliare.

Il/La sottoscritt _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ via _____
telefono _____
codice fiscale _____

C H I E D E

l'attivazione del servizio di assistenza domiciliare.

D I C H I A R A

- che il proprio nucleo familiare è composto, compreso il sottoscritto dichiarante, di n. _____ persone.
- di far pervenire agli uffici amministrativi del Consorzio la propria dichiarazione ISEE entro 30 giorni dalla data odierna, altrimenti il Consorzio addebiterà la tariffa oraria massima per le prestazioni erogate.

_____, _____
(luogo e data)

Firma _____