

Per gli uffici: da consegnare con la presente domanda all'utente la dichiarazione unica e l'elenco dei costi delle prestazioni.

Spett.le Amministrazione Comunale
Di BERZO DEMO

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____ residente a

Berzo Demo in Via _____ Tel. _____

CHIEDE

L'assistenza infermieristica domiciliare per _____

A tal fine dichiara:

1. Che la propria situazione economica Isee è di €. _____ (dato non obbligatorio se l'utente si fa carico delle quote intere del servizio)
2. Di vivere solo/a SI NO Di abitare con n° _____ familiari
3. Di essere assistito/a dal medico di base Dottor _____

Consapevole che le dichiarazioni di cui sopra sono fatte sotto la mia responsabilità, e che in caso di dichiarazioni mendaci il Comune potrà agire nei miei confronti, sottoscrivo la presente istanza.

Berzo Demo, li _____

Il/la richiedente

Il medico curante conferma ed approva la necessità di assistenza infermieristica domiciliare per le seguenti prestazioni: _____

Timbro e firma del medico

Importante:

il servizio infermieristico domiciliare comunale è predisposto per gli utenti impossibilitati per seri motivi a recarsi presso l'ambulatorio medico. Il servizio è a pagamento in base al reddito del richiedente.