

ATTIVAZIONE SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE /_/_

In riferimento alla VS comunicazione di possibilità di attivazione, si chiede l'attivazione, con

decorrenza dal _____ del servizio succitato per _____

Nato/a a _____ il _____

Cod. Fiscale _____

residente a _____ via _____

per n. ore _____ settimanali.

Importo compartecipazione € _____

Case Manager _____

Comune _____

Data _____

Firma _____