

**Oggetto: P.N.R.N. MISSIONE 5 – INCLUSIONE E COESIONE – COMPONENTE 3
ISTITUZIONE DI UN SERVIZIO DI ETNOPSICHIATRIA ED AZIONI A SUPPORTO
RIVOLTO IN PARTICOLARE AI PROFUGHI IN FUGA DALLE GUERRE (NUCLEI
FAMILIARI, DONNE, BAMBINI), CENTRO DISABILI DIURNO, INFERMIERE DI
COMUNITA' E SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO-SANITARIA
Richiesta di iscrizione al servizio di assistenza domiciliare in telemedicina**

Il/La sottoscritt _____ nat_ a _____

il __/__/____ residente a _____ Via _____

Telefono _____ e-mail _____

CHIEDE

di essere inserito nel programma di assistenza domiciliare in telemedicina realizzato nell'ambito del progetto di cui all'oggetto.

Il/La sottoscritt __, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 per le falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara di essere affetto dalle seguenti patologie:

Il/La sottoscritt __ dichiara altresì di aver letto e di accettare quanto è riportato nell'Avviso pubblico e allega alla presente:

- copia del documento di identità in corso di validità;

- copia della tessera sanitaria.

_____, __/__/_____

Firma

(luogo e data)
