

IMPEGNATIVA DI CURA
MODULO DI COLLABORAZIONE PER L'AGGIORNAMENTO

Al Sig. Sindaco del Comune di _____

prot. n. _____

CHIOGGIA – Servizio Sociale

del _____

(Riservato all'Ufficio)

Il sottoscritto/a _____ codice fiscale _____

nato/a a _____ () il _____

residente a _____ CAP _____

indirizzo _____, n. _____, telefono
cellulare _____

in qualità di _____ (*familiare, persona che collabora per l'assistenza, ...*)

CON RIFERIMENTO ALLA RICHIESTA DI ICD A FAVORE DI

(non autosuff.) _____ codice fiscale _____

nato/a a _____ () il _____

residente a _____ CAP _____

indirizzo _____ n. _____ telefono _____

sollevando l'Ente da ogni responsabilità

COMUNICA LE SEGUENTI VARIAZIONI

(Barrare la casella d'interesse)

[] 1 Ingresso in una struttura residenziale a titolo definitivo dal _____

[] 2 Periodo di ricovero temporaneo in una struttura residenziale dal _____

[] 3 Il decesso - beneficiario/persona di riferimento dal _____

[] 4 Cambio di indirizzo via, città, tel. _____

[] 5 La variazioni del codice IBAN intestato a _____

presso l'istituto Bancario/Postale _____ agenzia di _____

Data ____ / ____ / ____

IL DICHIARANTE
(firma leggibile)

IL BENEFICIARIO

Da allegare: *copia dei documenti d'identità dei dichiaranti e del codice IBAN.*