

ALLEGATO B)



ASLSassari

PLUS

*Ambito Territoriale Sassari, Porto Torres, Sorso e Stintino*

Al Dirigente del Settore Politiche  
Sociali e Pari Opportunità  
Comune di Sassari  
Via Zara n. 2, 07100 Sassari

OGGETTO: Richiesta di assistenza familiare

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_,  
il \_\_\_\_\_, nazionalità \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in Via  
\_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_

CHIEDE

per se medesimo

ovvero, in qualità di \_\_\_\_\_ del  
Sig./ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_,  
il \_\_\_\_\_, nazionalità \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in Via  
\_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_

di poter attingere dal registro pubblico degli assistenti familiari la seguente figura:

- sezione A - **Educatore Domiciliare**
- sezione B - **Badante**
- sezione C - **Colf**

Allega la seguente documentazione:

- fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità;
- fotocopia di eventuale provvedimento di nomina in qualità di rappresentante legale  
(*tutore/amministratore di sostegno, ecc.*).

*Autorizza al trattamento dei dati personali ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n. 196/2003 ( Codice in materia di protezione dei dati personali) e ss.mm.ii.*

Data \_\_\_\_\_

Firma