

**ALLEGATO A**



**Comune di Acerra  
AMBITO TERRITORIALE N20**

**inapoli2nord**  
Distretto 46

**Scheda segnalazione cittadino /utente**

**Al Coordinatore dell'Ufficio Piano di Zona  
Ambito N 20**

**Al Direttore del Distretto Sanitario n. \_\_\_\_  
Di \_\_\_\_\_**

\_\_\_\_ L\_\_ sottoscritto \_\_\_\_\_  
Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_  
tel \_\_\_\_\_

**chiede**

**L'ATTIVAZIONE DELL'UNITA' DI VALUTAZIONE INTEGRATA DISTRETTUALE**

Per se stesso

Per \_\_\_\_ L\_\_ sig./ra \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_  
tel \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_

in particolare avanza richiesta della seguente prestazione :  
CURE DOMICILIARI/ASSEGNO DI CURA \_\_\_\_\_

necessaria in conseguenza della condizione appresso rappresentata:  
\_\_\_\_\_

---

---

**Allega le seguenti documentazioni comprovanti la :**

1. situazione economica

2. condizione sanitaria

3. particolare condizione sociale

Indica come persona di riferimento

Autorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi del Dlgs. 196/03.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_