



COMUNE DI COCCAGLIO

UFFICIO SERVIZI SOCIALI



ALLEGATO

SERVIZI DI ASSISTENZA DOMICILIARE

Patologia _____

Disabile (L.104) ☐ SI ☐ NO

Invalido civile ☐ SI % _____ ☐ NO

Indennità di accompagnamento: ☐ SI ☐ NO

Esenzione tickets: ☐ SI ☐ NO ☐

Già in carico presso Servizi Socio Sanitari ☐ SI ☐ NO

Già in carico presso Servizi Sanitari ☐ SI ☐ NO

Medico curante: _____

Codice sanitario: _____

COOPERATIVA SCELTA:

ELEFANTI VOLANTI s.c.s. Onlus	Via E. Ferri, 99 – 25123 Brescia (BS)
CODESS SOCIALE Società cooperativa Sociale ONLUS	Via Boccaccio, 96 – 35128 Padova (BS)
NUOVA ETA' Impresa Sociale ONLUS	Viale Mellini Trav. I, 6/8 – 25032 Chiari (BS)
SERENA Società Cooperativa Sociale ONLUS	Via Montessori, 8 – 25030 Lograto (BS)
KCS Caregiver Cooperativa Sociale	Via Rotonda dei Mille, 1 – 24122 Bergamo (BG)
EKOPRA Società Cooperativa Sociale ONLUS	Via Paolo VI, 1 – 25073 Bovezzo (BS)

INVIO COMUNICAZIONI

Il sottoscritto chiede che ogni comunicazione relativa al procedimento venga notificata al seguente indirizzo (**DA COMPILARE SOLO SE DIVERSO DALLA RESIDENZA**)

Cognome e Nome _____

Via/P.za _____ n. _____ CAP _____

Comune _____ prov. _____ Tel _____

IL DICHIARANTE
(Firma Leggibile)