

Il/la sottoscritt_/_..... nato/a
a.....il prov.
..... e residente a prov. (PA) Via.....
n. Tel. Cell.

CHIEDE

Di essere ammess__ al servizio di Assistenza Domiciliare Anziani per la seguente tipologia:

- SPESA
- DISBRIGO PRATICHE
- PASSEGGIATA
- COMPAGNIA

A tal fine, informato che le dichiarazioni false, l'indicazione di dati non corrispondenti al vero e l'uso di atti falsi, sono puniti con specifiche sanzioni penali e con la perdita di benefici eventualmente conseguiti (articoli 75 e 76 del DPR 445/2000), sotto la propria responsabilità;

DICHIARA

- di trovarsi nella seguente situazione economica: di essere in possesso di un reddito ISEE pari ad € _____;
- di essere invalido al 100% senza indennità di accompagnamento;
- di essere invalido con indennità di accompagnamento;

di trovarsi nella seguente situazione familiare:

- anziano solo non autosufficiente (allegare idonea certificazione);
- anziano che vive con familiare convivente (figli, coniuge) non autosufficiente;
- anziano con figli residenti nel Comune;
- anziano con coniuge o figli o altri parenti conviventi;

Si allegano:

- Fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità;
- Attestazione ISEE socio-sanitario, in corso di validità;
- Certificato del Medico attestante la condizione di salute e/o di non autosufficienza;
- Certificati di invalidità (ove esistente).

Di essere a conoscenza che nel caso dell'erogazione del servizio potranno essere eseguiti controlli diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite con le modalità previste nella determinazione n.146 del 07.03.2000;

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere informato/a ai sensi dell'art. 23 del decreto legislativo 196/2003 (Privacy) che i dati personali raccolti, saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Alia lì,, _____

FIRMA
