DOMANDA DI AMMISSIONE AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE

AL SIG. SINDACO

DEL COMUNE DI SAN MARTINO DI FINITA (CS)

OGGETTO: RICHIESTA AMMISSIONE AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a_____

(_____) il ____ / ____ / _____ residente a _____ (__) in via_____

_____ n. ____, Codice Fiscale n.ro __/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

telefono _____/_____

chiede l'ammissione al Servizio di Assistenza Domiciliare

☐ per se stesso/a ☐ per il/la Sig./ra _____

nato/a a_____ il _____|_____|_____ residente in

San Martino di Finita (CS) alla Via _____n._____

Recapiti telefonici _____

Codice Fiscale |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

Grado di parentela: ☐ marito/moglie ☐ genitore ☐ suocero/a ☐cognato/a ☐altro *(specif)* _____

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del Testo Unico emanato con D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e consapevole del fatto che gli atti falsi e le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

che il destinatario per cui si chiede l'ammissione al servizio non usufruisce di altri servizi di assistenza domiciliare;

che lo ***stato di salute*** del beneficiario è il seguente*(barrare la casella interessata)*:

☐ disabile grave (ultrasessantacinquenne con difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni propri della sua età, inabile al 100% - D.Lgs. 124/98, art. 5, comma 7)

☐ disabile gravissimo (ultrasessantacinquenne con diritto all'indennità di accompagnamento - L. 508/88, art. 1, comma 2, lettera b)

☐ disabile grave (invalido civile di età compresa tra 18 e 65 anni inabile totale - L. 118/71, artt. 2 e 12)

☐ disabile gravissimo (invalido civile di età compresa tra 18 e 65 anni con diritto all'indennità di accompagnamento - L. 508/88, art. 1, comma 2, lettera b)

Allega alla presente:

1) Certificazione d'invalidità civile;
2) Copia fotostatica di un documento di riconoscimento in corso di validità.
3) Attestazione ISEE in corso di validità;
4) Eventuale altra documentazione idonea ad attestare il possesso di ulteriori requisiti

---

AUTORIZZA

Il Comune di San Martino di Finita al trattamento dei dati rilasciati, *esclusivamente* per l'espletamento del servizio di assistenza domiciliare, ai sensi del D. Lgs.196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e ss.mm.ii. con le modalità indicate nell'Avviso pubblico.

_____ _____

(Luogo e data) (Firma leggibile)