

ALL'UFFICIO SERVIZI SOCIALI DEL

COMUNE DI _____
DEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D20

L sottoscritt _____ nat_ a _____

Il ___/___/___ residente a _____ in via _____

_____ n. _____

C. F. _____, tel. _____

email _____, oppure se impossibilitato

L sottoscritt _____ nat_ a _____

Il ___/___/___ residente a _____ in via _____

_____ n. _____

C. F. _____, tel. _____

email _____, in qualità di _____

per conto e nell'interesse del soggetto destinatario del beneficio,

CHIEDE PER

Sig./ra _____ nat_ a _____

Il ___/___/___ residente a _____ in via _____ n. _____

C. F. _____, tel. _____

email _____

l'ammissione al servizio:

- SAD – Assistenza Domiciliare a valenza socio-assistenziale
- SAD – Assistenza domiciliare a valenza socio-relazionale

A TAL FINE DICHIARA

Consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o non veritiera ai sensi del D.P.R. 445/2000, (barrare la/le caselle di proprio interesse)

- Di possedere i requisiti di cui al correlato avviso;
- Di non usufruire di altri servizi di assistenza domiciliare;
- Di essere disabile grave non autosufficiente ai sensi dell'art. 3, comma 3, legge 104/92;
- Di essere persona invalida civile al 100%
- Di essere persona invalida civile al 100% con indennità di accompagnamento;
- Altro (specificare) _____

Allegati:

- Fotocopie del documento di identità del beneficiario e/o del soggetto che rappresenta il beneficiario;
- Eventuale documento di nomina quale amministratore/tutore, curatore o delegato;
- Copia della certificazione ai sensi della legge 104/92, art. 3, comma 3;
- Copia certificazione attestante l'invalidità civile;
- Certificazione ISEE in corso di validità.

Data e luogo _____

Il Richiedente

Si autorizza il trattamento dei dati rilasciati esclusivamente per la procedura di cui alla presente richiesta, ai sensi della vigente normativa sulla tutela della privacy, di cui al Regolamento Generale sulla protezione dei dati UEn.2016/679 e D.Lgs. 101/2018.

Data e luogo _____

Il Richiedente
