

ALL'UFFICIO DEI SERVIZI SOCIALI
DEL COMUNE DI

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

e residente in Patti in Via _____

tel _____ C.F. _____

chiede di poter usufruire del Servizio di Assistenza Domiciliare Anziani ultrasettantacinquenni (75)

PDZ 2010 -2012 (Terza Annualità) per le seguenti prestazioni:

- AIUTO DOMESTICO
- DISBRIGO PRATICHE
- IGIENE E CURA DELLA PERSONA
-

- Dichiaro _____ sotto la propria responsabilità, ai sensi del DPR 445/2000;
- Di essere sol _____ priv _____ di risorse economiche;
- Non in grado di autogestirsi e priv _____ di supporto familiare e/o di badanti;
- Allettat _____;
- Di essere / non essere in possesso del riconoscimento di invalidità civile al 100%;
- Con indennità di accompagnamento;
- Senza indennità di accompagnamento;
- Che il proprio medico curante è il Dott. _____ Tel _____

Il richiedente dichiara di avere conoscenza che ai sensi dell'art. 4 del Decreto Legislativo 109/98 e successive modifiche ed integrazioni, possono essere eseguiti controlli diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite.

Il richiedente autorizza il Comune interessato ad utilizzare i dati contenuti nel presente formulario per le finalità previste dalla legge e dal bando nonché per le elaborazioni statistiche da svolgere in forma anonima e per la pubblicazione degli esiti, il tutto nel rispetto dei limiti posti dal Decreto Legislativo 186/2003.

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del Testo Unico emanato con D.P.R. n. 445/2000 e consapevole della decadenza dei benefici conseguiti in seguito a dichiarazioni non veritiere e dal 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.

Patti li _____

FIRMA

Allegati:

- Attestazione ISEE secondo la normativa vigente, valevole per la richiesta di prestazioni sociali.
- Certificato del medico curante attestante le condizioni psico-fisiche.
- Documento di riconoscimento in corso di validità.