ALLEGATO 1

OGGETTO: Richiesta attivazione servizio di Assistenza Domiciliare Sociale.

Il/la sottoscritto/a (1) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Per contro di

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( ) Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_cittadinanza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Domicilio ( se diverso

dalla residenza ) Città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( ) Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CHIEDE

L’attivazione del Servizio di Assistenza Domiciliare Sociale

[ ] anziani

[ ] famiglie multiproblematiche

[ ] famiglie di disabili gravi

Il / La sottoscritt / a è consapevole che la presentazione dell’istanza non costituisce titolo o diritto all’erogazione di quanto richiesto.

A TAL FINE DICHIARA

* Di impegnarsi a comunicare entro dieci giorni ogni variazione dei requisiti che danno titolo al percepimento del presente servizio.
* Che le dichiarazioni riportate sono rese ai sensi del D.P.R. n° 445/2000;
* Di essere a conoscenza delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi dell’art. 76 del sopracitato D.P.R. 445/2000.
* Di autorizzare il Comune di Gallodoro al trattamento dei dati personali e sensibili necessari per lo svolgimento del provvedimento ai sensi della L. 675/96 e ss.mm. ii. Autorizza altresì , ove necessario, l’informazione e l’eventuale coinvolgimento dei soggetti obbligati .

Allega :

* Fotocopia documento di riconoscimento ;
* Documentazione medica attestante la condizione di disabilità grave ai sensi della L.104/92, art. 3, comma 3;
* Eventuale Certificazione attestante invalidità civile al 100%;
* Autocertificazione assenza/presenza condanne penali e carichi pendenti ;
* Attestazione ISEE completa di D S U ( Dichiarazione Sostitutiva Unica) .
* Documentazione attestante la condizione economica complessiva avuta nell’anno 2023.
* Mod. CUD – [\_\_] mod. 730 [\_\_] mod. UNICO – [ ] mod. o bis m .

Gallodoro lì, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. La domanda, nell’interesse di chi si trovi in una situazione di impedimento temporaneo per ragioni di salute o, di impedimento a firmare ( per analfabetismo o impedimento fisico) può essere resa dal coniuge o , in sua assenza , dai figli o, in mancanza di questi, da un parente fino al terzo grado.