

ALLEGATO "A"

All'Ambito Territoriale Sociale di Rosarno
Comune Capofila Rosarno
comune.rosarno@pec.comune.rosarno.rc.it

Per il tramite del
Comune di.....

Oggetto: Istanza di erogazione di servizio di assistenza domiciliare in favore di soggetti non autosufficienti – F.N.A. Annualità 2017-2018.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____
(____) il ___/___/___ residente a _____ in via _____
n. _____, C.F. _____ telefono _____ /
cellulare _____ e-mail _____
PEC _____ in qualità di _____

CHIEDE

- per se stesso
- per il/la sig./ra _____

nato/a _____ (____) il ___/___/___
residente _____ via _____
n. _____ C.F.: _____ tel _____
cell. _____

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del Testo Unico emanato con D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445 e consapevole del fatto che gli atti falsi e le dichiarazioni mendaci sono puniti 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 è residente nel Comune di _____, appartenente all'Ambito Territoriale Sociale - Comune Capofila di Rosarno;
- che il destinatario per cui si chiede l'ammissione al servizio:
 - non usufruisce di altri servizi di assistenza domiciliare o buoni spendibili per l'acquisto di servizi di cura e assistenza erogati da Enti pubblici;
 - di accettare tutte le condizioni stabilite nell'Avviso Pubblico;
 - ha un nucleo familiare composto da n. _____ persone come indicato di seguito:

NUCLEO FAMILIARE				
N.	Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Grado di parentela	Codice fiscale

- che il reddito del nucleo familiare ISEE è di €.
- che la condizione familiare del beneficiario è la seguente (barrare la voce che interessa):
 - convive con familiari in grado di assisterlo;
 - con figli residenti nel Comune;
 - con figli non residenti nel Comune;
 - vive da solo, privo di supporto familiare;
 - convive con familiari portatori di handicap senza ulteriore supporto;
 - condizione abitativa carente;
 - assenza di barriere architettoniche;
 - supporto da reti di volontariato;
 - utilizzo di caregiver.
- presenza di condizioni di non autosufficienza sin dal
- che presenta il seguente stato di salute/invalidità
 - Portatore di handicap in situazione di gravità (art. 3, co. 3 Legge 104/92);
 - Portatore di handicap (art. 3, co. 1 Legge 104/92);
 - Invalido al 100% in attesa di riconoscimento Legge 104/92;
 - Allettato;
 - Carrozzato;
 - Pluriminorato.

ALLEGA alla presente:

- Certificazione di invalidità rilasciata dalla ASP e/o di invalido al 100%;
- Attestazione ISEE del nucleo familiare in corso di validità;
- Fotocopia documento di riconoscimento dell'istante;
- Fotocopia documento di riconoscimento e tessera sanitaria del soggetto per il quale si richiede il servizio domiciliare;
- Fotocopia del permesso di soggiorno CE (eventuale);
- Fotocopia provvedimento di nomina all'ufficio di tutore (eventuale);
- Altra documentazione idonea ad attestare il possesso di ulteriori requisiti (eventuale)_____.

AUTORIZZAZIONE LEGGE SULLA PRIVACY

Si autorizza il trattamento dei dati rilasciati, esclusivamente per l'espletamento del servizio di assistenza domiciliare, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali e ss.mm.ii. e Regolamento UE-GDPR n. 2016/679.

(Luogo e data)

(Firma leggibile)
