

**Al Responsabile Ufficio Servizi Sociali**

**Domanda per l'accesso al Servizio di Assistenza domiciliare per persone anziane**

**Il/La Destinatario/a**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ (prov.) \_\_\_\_\_ (stato estero) \_\_\_\_\_ il \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Codice fiscale \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

Residente in \_\_\_\_\_ , a \_\_\_\_\_ , n. \_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_

Recapiti: tel. \_\_\_\_\_ , cell. \_\_\_\_\_ , fax \_\_\_\_\_ , e-mail: \_\_\_\_\_

**Il/La Richiedente**

Indicare il rapporto che intercorre tra segnalante e destinatario/a: \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ (prov.) \_\_\_\_\_ (stato estero) \_\_\_\_\_ il \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Codice fiscale \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

Residente in \_\_\_\_\_ , a \_\_\_\_\_ , n. \_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_

Recapiti: tel. \_\_\_\_\_ , cell. \_\_\_\_\_ , fax \_\_\_\_\_ , e-mail: \_\_\_\_\_

Ai sensi del D.P.R. 445/00 e consapevole delle responsabilità penali previste dalla medesima norma, per falsità in atti e mendaci dichiarazioni, dichiara (contrassegnarli con una X):

- di riuscire da solo/a a svolgere le seguenti attività (*autosufficienza*):

- igiene e cura della propria persona;
- preparazione dei pasti;
- pulizia della casa;
- assunzione medicinali;
- commissioni esterne (spesa, pagamento utenze, ecc.);
- raggiungimento di luoghi ricreativi;

- di avere la seguente situazione relativa al proprio nucleo familiare (*assistenza/solitudine*)

- che nel proprio nucleo familiare sono presenti n. \_\_\_\_ persone;
- che nel proprio nucleo familiare sono presenti n. \_\_\_\_ persone con disabilità certificata;

- di avere un'età compresa tra:

- 65 e 70 anni;
- 71 e 76 anni;

- 77 e 80 anni;
- 81 e 86 anni;
- oltre 86 anni;
- di avere una disabilità certificata pari al \_\_\_%;
- di non avere disabilità certificata.

Dichiara, infine, di essere informato del fatto che:

Il trattamento dei propri dati personali, anche di tipo sensibile, avverrà nel rispetto di quanto previsto dal D.Lgs 196/03;

Le procedure di erogazione dei Servizi potrebbero subire delle modifiche, laddove sia formalizzato il procedimento di accreditamento;

**Allega**, alla presente domanda (**contrassegnarli con una X**):

- attestazione I.S.E.E. rilasciata ai sensi del D.lgs 109/98 e successive modificazioni e integrazioni;
- fotocopia del documento d'identità, nel caso in cui la domanda non sia sottoscritta in presenza di un operatore incaricato;
- certificato medico, laddove previsto;
- \_\_\_\_\_;
- \_\_\_\_\_;
- \_\_\_\_\_.

Luogo e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_ .

\*Si ricorda che saranno effettuati controlli finalizzati a verificare la veridicità dei requisiti autocertificati ai sensi della normativa vigente (art. 76 D.P.R. 445/2000).

Firma del Destinatario

Firma del Segnalante