

**Al Responsabile Ufficio Servizi Sociali**

**Domanda per l'accesso al Servizio di Telesoccorso**

**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 avere un'età superiore o uguale ai 65 anni;
- ◇ di avere una disabilità certificata pari al \_\_\_\_%;
- ◇ di non avere disabilità certificata;
- di avere il seguente titolo di godimento dell'abitazione:
  - ◇ proprietà
  - ◇ comodato gratuito
  - ◇ usufrutto
  - ◇ alloggio pubblico assegnato
  - ◇ fitto
  - ◇ sfratto esecutivo data \_\_\_\_\_

- ◇ occupata abusivamente;
- ◇ che nel proprio nucleo familiare sono presenti n. \_\_\_ persone con disabilità certificata pari almeno al 67%;
- ◇ che il livello di autosufficienza, (cioè il grado di dipendenza del soggetto in relazione alle sue condizioni psichiche, fisiche e sensoriali) è:
  - basso
  - medio
  - alto
- ◇ livello di assistenza di cui gode il soggetto, cioè la sua situazione familiare (grado di solitudine) è:
  - basso
  - medio
  - alto

Inoltre dichiara di essere informato 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