

**All'Ufficio Servizi Sociali
Del Comune di _____**

Dati dell'utente:

La/Il sottoscritto/a _____

Nata/o a _____ il _____

Residente _____ Via _____

C.F.: _____

Telefono _____ / _____ Cell. _____ / _____

Parte da compilare se l'istanza è sottoscritta da:

familiare, parente, medico di base, organizzazioni di volontariato, altro

La/Il sottoscritto/a _____

Nata/o a _____ il _____

Residente _____ Via _____

C.F.: _____ Tel. _____

CHIEDE

di essere inserita/o nell'elenco degli aventi diritto all'Assistenza Domiciliare

(D.G.R. n. 749/2010 – Servizio di Assistenza Domiciliare in favore di Soggetti non Autosufficienti)

A tal fine la/il sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità civili e penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni false e mendaci, dichiara, ai sensi e per gli effetti degli articoli 46,47,76 del DPR 445/2000, quanto segue:

- Di Essere Cittadino Comunitario residente nel Comune di _____
- Di essere in situazione di non autosufficienza
- Di possedere una certificazione ISEE valida pari ad €. _____

Allega alla presente:

- Documento di identità e codice fiscale dell'assistito (allegare inoltre il Documento di Identità del Dichiarante se diverso dell'Assistito)
- Riconoscimento della condizione di non autosufficiente attestata da uno dei seguenti documenti:
 - Certificato di cui all'art. 3, comma. 3, L.104/92 - persona handicappata in situazione di gravità;
 - Verbale di invalidità civile pari al 100% con accompagnamento riconosciuta dalla Commissione Competente;
 - Certificato attestante lo stato temporaneo di non autosufficienza rilasciato da Struttura Pubblica competente.
- Certificazione ISEE rilasciata nell'anno 2016.

Dichiara di essere informata/o, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 D.Lgs. n.196/2003 e successive integrazioni e modifiche, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

_____, li

IL DICHIARANTE

Il Richiedente
