**DOMANDA DI AMMISSIONE AL SERVIZIO DI ASSISTENZA**

**DOMICILIARE PER ANZIANI**

**Al Sig. Sindaco**

**Al Resp. Servizi Sociali**

**COMUNE DI Cirò Marina (KR)**

**OGGETTO: RICHIESTA AMMISSIONE AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE PER ANZIANI**

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

(\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( \_\_ ) in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_, Codice Fiscale n.ro \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/

telefono \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**chiede l’ammissione al Servizio di Assistenza Domiciliare**

ı per se stesso/a ı per il/la Sig./ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_ residente in

Cirò Marina (KR) alla Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_ Recapiti telefonici \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

Grado di parentela: ımarito/moglieı genitore ı suocero/a ı cognato/aı altro *(specif)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del Testo Unico emanato con D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e consapevole del fatto

che gli atti falsi e le dichiarazioni mendaci sono punite 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 *(barrare la casella interessata)*

non usufruisce di altri servizi di assistenza domiciliare;

usufruisce di altri servizi di assistenza pubblici erogati da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

che il destinatario per cui si chiede l’ammissione al servizio ha l’età di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ anni (compiuti);

che il nucleo familiare del destinatario per cui si chiede il servizio è composto da n.\_\_\_\_\_\_\_ persone;

che la condizione familiare del richiedente è la seguente *(barrare la voce che interessa)*:

* persona che vive sola
* ı coabita con coniuge e/o figli e/o altri parenti non autosufficienti
* ı vive sola/o ha figli residenti fuori del Comune di residenza
* ı vive sola con figli residenti nel Comune di residenza
* ı coabita con coniuge e/o figli, e/o altri parenti autosufficienti

**ALLEGA alla presente**

1) Attestazione ISE del nucleo familiare relativo ai redditi percepiti nell’anno 2012;

2) Certificazione sanitaria del Medico curante attestante la situazione sanitaria e di non autosufficienza;

3) Fotocopia di un documento di identità in corso di validità;

4) Fotocopia di un documento di identità in corso di validità del soggetto per il quale si richiede l’assistenza;

5)Eventuale altra documentazione idonea ad attestare il possesso di ulteriori requisiti:

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

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

**AUTORIZZA**

il Comune di Cirò Marina al trattamento dei dati rilasciati, *esclusivamente* per l’espletamento del servizio di assistenza

domiciliare, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e ss.mm.ii. con le

modalità indicate nell’Avviso pubblico.

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

*(Luogo e data) (Firma leggibile*