AI SERVIZI SOCIALI DEL COMUNE DI

_____

DOMANDA PER L'AMMISSIONE AI SERVIZI ASSISTENZA DOMICILIARE PER ANZIANI AFFETTI DA PATOLOGIA DI ALZHEIMER RESIDENTI NELL'AMBITO TERRITORIALE DELLA RM H

(Da presentare presso il rispettivo Ufficio Protocollo del Comune di residenza dell'Ambito territoriale della Asl RM H)

Il/la sottoscritto/a_____
Nato/a a _____ il _____
Residente in _____ Prov._____
Via _____ n. _____ tel. _____
C.F. _____

(DA COMPILARE SOLO IN CASO DI TUTELA LEGALE / CURATELA / AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO)

In qualità di:
. tutore
. curatore
. amministratore di sostegno
Del/della sig./sig.ra _____
Nato/a a _____ il _____
Residente in _____ Prov._____
Via _____ n. _____ tel. _____
C.F. _____

CHIEDE

Di essere ammesso al servizio:

- o Assistenza Domiciliare Diretta per anziani affetti da patologia di Alzheimer

OPPURE

- o Assistenza Domiciliare Indiretta per anziani affetti da patologia di Alzheimer

A tale fine consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità e delle possibilità di controllo da parte dell'Amministrazione Comunale, ai sensi e per gli effetti degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, pena l'esclusione

DICHIARA

Di essere in possesso della certificazione di malattia rilasciata dalle U.V.A. . del territorio nazionale e da tutti i servizi accreditati.

DICHIARA INOLTRE

Che il valore ISEE dell'intero nucleo familiare relativamente ai redditi percepiti nell' anno 2012 pari ad € _____

Allega alla presente pena esclusione:

1) copia di documento di identità del Richiedente/Dichiarante e della persona interessata al beneficio;
2) Copia del modello ISEE e della relativa dichiarazione sostitutiva unica dell'intero nucleo familiare relativo all'anno 2012;
3) Copia della certificazione di malattia rilasciata dalle U.V.A. del territorio nazionale e da tutti i servizi accreditati.

La sig.ra / il sig.
_____

Autorizza il Servizio Sociale del Comune di _____
al trattamento dei dati rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di attivazione del servizio in oggetto della presente modulistica, ai sensi del D.Lgs n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive modificazioni e integrazioni.

Data_____ Firma_____

LUOGO E DATA IL RICHIEDENTE

_____ _____