

ALLA

AL COMUNE CAPOFILA DELL'AOD N. 2 DSS 30
TRAMITE IL COMUNE DI

UFFICIO SERVIZIO SOCIALE

Oggetto: AZIONE N. 7 - ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA IN FAVORE DI SOGGETTI DIVERSAMENTE ABILI - L.328/2000 - PdZ 2021 - AOD N. 2 DSS 30. Richiesta per l'accesso alle prestazioni di assistenza domiciliare integrata.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____

il _____ residente in _____ via/piazza _____ n _____

Telefono _____ e-mail _____

familiare (specificare grado di parentela) _____

del Sig./Sig.ra _____

nato/a _____ il _____ residente in _____

via/piazza _____ n _____ telefono _____;

altro (specificare) _____ del Sig./Sig.ra _____

_____ nato/a _____ il _____

Residente in _____ via/piazza _____ n _____

CHIEDE

di accedere al servizio ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) per l'erogazione di prestazioni di assistenza domiciliare integrata in favore di soggetti diversamente abili, disabili gravi e gravissimi in possesso della certificazione ASP ai sensi della legge 104/92 art.3 c.3, tramite buoni di servizio(voucher).

A tal proposito, consapevole della responsabilità penale per falsità in atti e dichiarazioni mendaci e delle relative sanzioni ai sensi degli art. 75/76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000

DICHIARA di essere beneficiario del Servizio di assistenza domiciliare integrata (ADI) e che il proprio nucleo familiare è composto come segue:

Cognome	Nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Grado parentela

Allega alla presente istanza:

- Certificazione sanitaria attestante la condizione di non autosufficienza o disabilità;
- Modello ISEE in corso di validità;
- Fotocopia del codice fiscale e del documento di riconoscimento del beneficiario, in corso di validità.

Ai sensi della D.Lgs. 196/2003 e s.m.i., consente il trattamento dei dati contenuti nella presente istanza solo per le procedure necessarie all'erogazione del beneficio richiesto.

Data _____

Firma _____