

ALL'UFFICIO SERVIZI SOCIALI
DEL COMUNE DI _____

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

e residente in _____ Via _____

tel _____ Medico curante Dott. _____

Chiede di poter usufruire del Servizio di Assistenza Domiciliare per Anziani non autosufficienti di cui al Piano di Intervento Servizi di Cura per Anziani – PAC – Primo Riparto, per le seguenti prestazioni: **Aiuto Domestico – Igiene e cura della Persona e Disbrigo pratiche.**

Dichiara sotto la propria responsabilità, ai sensi del DPR 445/2000

Di essere / non essere in possesso del riconoscimento di invalidità civile al 100%.

- Con indennità di accompagnamento.
- Senza indennità di accompagnamento.

Il richiedente autorizza il Comune interessato ad utilizzare i dati contenuti nella presente richiesta per le finalità previste dall' avviso, nonché per le elaborazioni statistiche da svolgere in forma anonima e per la pubblicazione degli esiti, il tutto nel rispetto dei limiti posti dal Decreto Legislativo 186/2003.

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del Testo Unico emanato con D.P.R. n. 445/2000 e consapevole della decadenza dei benefici conseguiti in seguito a dichiarazioni non veritiere e dal 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.

_____ li _____

FIRMA

Allegati:

- Attestazione ISEE ai sensi della normativa vigente;
- Documentazione sanitaria attestante la non autosufficienza;
- Documento di riconoscimento in corso di validità.