Mod. A.D.

AL SIGNOR SINDACO
DEL COMUNE DI SAN VITO LO CAPO

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a_____

_____ prov. di ____ il _____ e residente a San Vito Lo Capo in via

_____ tel. _____ trovandosi nelle condizioni previste dalle L.L.R.R.

87/81, 14/86, 22/86 (specificare il tipo di condizione)_____

_____

C H I E D E

☐ per se stesso
☐ per il proprio familiare _____

di essere ammesso/a a fruire per l'anno _____ dei seguenti servizi di Assistenza Domiciliare:

☐ igiene e cura della persona;

☐ aiuto domestico;

☐ disbrigo pratiche.

A tale scopo, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro, ai sensi dell'art. 26 della legge n° 15 del 04.01.1968, in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici conseguiti, ai sensi dell'art. 11 del D.P.R. n° 403 del 20.10.1998 dichiara:

1. che il proprio nucleo familiare è così composto:

N.	Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Rapporto di parentela
1				
2				
3				
4				
5				

6				

2. Che il proprio nucleo familiare nel _____ ha percepito un reddito di complessivi _____ euro così distinto e corrispondente ai superiori nn. del nucleo familiare:

N.	REDDITO DIPENDENTE	REDDITO AUTONOMO	PARTECIP. SOCIETA'	REDDITO TERRENI	REDDITO FABBRICATI	DIVERSI
1						
2						
3						
4						
5						
6						

Si allega:

- Attestazione ISEE in corso di validità;
- Fotocopia documento di riconoscimento;
- certificato medico;
- copia verbale invalidità civile e/o L.104/1992.

San Vito Lo Capo lì,

Il richiedente

COMUNE DI SAN VITO LO CAPO

- Ufficio Servizi Sociali -

DICHIARAZIONE

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ Provincia di _____ il _____ e residente a San Vito Lo Capo nella via _____ n° _____ ,

ai sensi dell'art.10 della L. 196/2003 concernente "la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali",

dà il proprio consenso ed autorizzazione al trattamento dei dati personali, ivi compresi eventuali dati sensibili del proprio nucleo familiare, per le sole ed esclusive finalità di cui alla richiesta di che trattasi.

San Vito Lo Capo lì,

Il richiedente

CERTIFICAZIONE RILASCIATA AI FINI DELL'AMMISSIONE ALL'ASSISTENZA DOMICILIARE ISTITUITA DAL COMUNE DI SAN VITO LO CAPO

Si certifica che il/la Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____ il _____ residente a San Vito Lo Capo nella via _____ n° _____ , è affetto/a dalle seguenti patologie _____

_____

_____

_____

Da controllo Medico effettuato in data _____ si evince che:

- E' autosufficiente SI NO
- E' parzialmente autosufficiente SI NO
- E' affetto da malattie infettive o diffusive SI NO
- E' affetto da turbe mentali SI NO
- Può partecipare alla vita di relazione SI NO
- Può espletare i lavori domestici SI NO
- Necessita di igiene e cura della persona SI NO

Altro _____

_____

San Vito Lo Capo lì,

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO