COMUNE DI SAN FILIPPO DEL MELA

CITTÀ METROPOLITANA DI MESSINA

OGGETTO: Richiesta servizio assistenza domiciliare diversabili.

All'Ufficio Servizi Sociali del
Comune di San Filippo del Mela

mail: protocollo@comune.sanfilippodelmela.me.it

…..l…. sottoscritt…. ……... nato/a a …… il ……. residente a ……. in Via …… n…… Tel…….. codice fiscale ……..**.....**

C h i e d e

- per se stesso
- per la persona sotto indicata agendo in qualità di ……**.....**

Cognome e nome ……. Nato/a a ……. il …… residente a ……. in Via…… n…… Tel. ……..

di essere **ammesso/a** al Servizio Assistenza Domiciliare Diversabili –

per le seguenti prestazioni:

- attività di assistenza diretta e cura della persona (alzata dal letto – igiene personale ……..);
- aiuto per il governo della casa e le attività domestiche (pulizia dell'abitazione, preparazione pasti, cambio della biancheria …);
- aiuto nel mantenimento dei rapporti familiari e sociali (accompagnamento presso uffici, ambulatori, negozi …);
- collaborazione nel disbrigo pratiche
- trasporto

Dichiara sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76, comma 1-2-3-4 per le ipotesi di falsità in atti e/o dichiarazioni mendaci e ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/00

• di essere residente nel Comune di …….

• di essere stato riconosciuto disabile grave ai sensi del art.3 comma 3 L.104/92 o invalido civile con diritto all'indennità di accompagnamento. In caso di gravità recente per cui non si è in possesso delle superiori certificazioni, la stessa dovrà essere comprovata da apposita certificazione medica attestante la condizione di non autosufficienza.

• che il nucleo familiare del beneficiario risulta così composto:

Cognome e Nome	Grado di parentela/altro	Data di nascita	Certificazione sanitaria

• che è disposto/a a pagare l'eventuale quota di compartecipazione al costo del servizio, nel rispetto della normativa vigente in materia (L.R. 16/86- L.R. 33/91).

_l_ sottoscritto/a dichiara di essere consapevole delle responsabilità e delle conseguenze di natura civile e penale previste in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi, anche ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 ed è consapevole, altresì, che qualora si accerti la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, decadrà dal beneficio in oggetto.

Allega quanto segue:

- Attestazione ISEE socio-sanitario (rilasciata ai sensi del D.P.C.M. 159/2013 e ss.mm. ed ii.) in corso di validità;
- Certificazione di disabilità art. 3 comma 3 L. 104/92;
- Certificazione invalidità civile (100% ed indennità di accompagnamento);
- Per i casi di gravità recente: certificazione medica attestante la condizione di non autosufficienza;
- Copia di documento di riconoscimento in corso di validità
- Altri documenti._____

FIRMA

_____

Formula di acquisizione del consenso dell'interessato al trattamento dei propri dati personali

Il/la sottoscritto/a interessato/a , con la firma apposta alla presente, presta il proprio consenso affinché il Comune di San Filippo del Mela proceda al trattamento dei dati personali per le finalità specifiche di cui alla presente domanda. ai sensi del D. Lgs. 196/2003 modificato dal D.lgs 101/2018 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e ss.mm.ii.

Data_____

FIRMA

_____