



Al Sindaco del comune di \_\_\_\_\_

Oggetto: richiesta di assistenza domiciliare

Il sottoscritto: \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residenza \_\_\_\_\_

in qualità di  familiare  altro \_\_\_\_\_

Chiede:  per se  
 per \_\_\_\_\_

recapiti telefonici:

richiedente \_\_\_\_\_ beneficiario \_\_\_\_\_

medico di base \_\_\_\_\_

il servizio di assistenza domiciliare, sotto forma di:

- aiuto domestico
- assistenza igienico-sanitaria
- preparazione pasti
- disbrigo pratiche
- accompagnamento ( servizio civile)
- animazione sociale ( servizio civile).

Allo scopo, sotto la propria responsabilità, dichiara:

**A - situazione familiare di fatto utente**

	Cognome e nome	Parentela	Luogo e data di nascita	Attività
1				
2				
3				
4				
5				

**B- situazione familiare parenti non conviventi (art.433 e seg . C.C.)**

	Cognome e nome	Parentela	data di nascita	Residenza
1				
2				
3				
4				
5				



**AMBITO**  
**SOCIALE TERRITORIALE XX**

Porto Sant'Elpidio - Sant'Elpidio a Mare - Monte Urano

**SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE**

RICHIESTA ASSISTENZA DOMICILIARE

**C-** altre figure di riferimento; \_\_\_\_\_

**D-** situazione abitativa di proprietà \_\_\_\_\_

affitto (importo) \_\_\_\_\_

**E-** situazione reddituale utente (importo mensile ed annuale) \_\_\_\_\_

**F -** situazione reddituale parenti : Isee nucleo familiare convivente: \_\_\_\_\_

\* Nel caso di persone riconosciute handicappate ai sensi della L. 104/92 \_\_\_\_\_ si richiede solo Il Reddito dell'interessato ( Isee personale)

**G -** Invalidità riconosciuta al \_\_\_\_\_ % ( a partire dal 75 %)

Indennità di accompagnamento:  SI  NO

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza di quanto prescritto dagli artt.46-47-76 del D.P.R.n.445 del 28.12.2000, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, e dall'art. \_\_\_\_\_ del medesimo T.U. sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al

provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere.

Il sottoscritto autorizza, in base al D.lgs 196/03, il trattamento dei dati personali, ai soli fini richiesti dalle procedure previste dalla presente istanza.

**INFORMATIVA EX D.LGS 196/03 (CODICE DELLA PRIVACY) PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

La informiamo che i dati personali da lei forniti verranno trattati esclusivamente per lo svolgimento di funzioni istituzionali nei limiti stabiliti dalla legge e dai regolamenti. Il trattamento dei suoi dati personali verrà effettuato con strumenti manuali ed informatici in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza . Il responsabile del trattamento dei dati è il Dr. Giorgio Capparuccini, mentre titolare del trattamento è il Comune di Monte Urano, piazza della libertà, 2. Il conferimento dei dati è da ritenersi obbligatorio. Le rammentiamo, infine, che lei potrà esercitare i diritti riconosciuti dal D.Lgs 196/03.

**Allega:**

certificato medico attestante le condizioni di non autosufficienza.

Verbale di invalidità.

Isee\* nucleo familiare con gli ultimi redditi disponibili.

Nel caso di persone riconosciute handicappate ai sensi della L. 104/92 \_\_\_\_\_

si richiede solo Il Reddito dell'interessato ( Isee personale)

**Luogo e data** \_\_\_\_\_

**il richiedente** \_\_\_\_\_

( Se la firma non viene apposta dinanzi al funzionario competente oppure dinanzi all'impiegato comunale abilitato al ritiro della domanda, occorre necessariamente allegare una copia di un documento di riconoscimento)