



Allegato Avviso pubblico per ammissione servizio assistenza domiciliare socio-assistenziale anziani e disabile

**Al Settore Politiche Sociali
del Comune**
di _____

Oggetto: DOMANDA SERVIZIO DI ASSISTENZA SOCIO-ASSISTENZIALE PER PERSONE ANZIANI E DISABILI.

Il/La sottoscritto/a _____ C.F. _____

Nato/a il _____ a _____ (_____)

Residente a _____ in

Via/Piazza _____ n. _____

Tel _____, email _____

CHIEDE

di poter usufruire del Servizio di Assistenza Domiciliare socio-assistenziale istituito dall'Ambito S3 ex S5 :

SAD anziani SAD disabili

Per se stesso e/o per _____

DICHIARA

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D. P. R. 445/2000 e s. m. i., e consapevole delle responsabilità penali previste dal medesimo decreto in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

Barrare le caselle che interessano:

- di aver preso visione dell'avviso pubblico per l'ammissione al servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale anziani e persone con disabilità approvato con determinazione n. 26 del 13/01/2017 del Piano di Zona S3 ex S5;
- di aver preso visione del regolamento del servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale anziani e disabili del piano di zona S3 ex S5;
- di aver preso visione del regolamento di compartecipazione al costo dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari del piano di zona S3 ex S5;
- di essere invalido al _____ (specificare grado d'invalidità) e/o legge 104/92;
- di aver già fruito già del servizio erogato da codesto Ambito S3 ex S5;
- di essere residente in uno dei Comuni dell'Ambito S5 (specificare _____);



- che il proprio nucleo familiare, intendendo per tale le persone che coabitano è composto:

NOME	COGNOME	DATA DI NASCITA	GRADO DI PARENTELA

- che il reddito I.S.E.E. del proprio nucleo familiare, riferito all'anno in corso, è di € _____;

Allega:

- **Copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità;**
- **Certificazione I.S.E.E. relativa all'anno in corso;**
- **Certificato d'invalidità e/o legge 104/92 (obbligatorio per i disabili);**
- **Scheda del medico curante (solo per gli anziani in alternativa al certificato d'invalidità e/o legge 104/92).**

Il/La sottoscritto/a autorizza, ai sensi del DLgs 30 giugno 2003, n. 196, al trattamento dei dati personali, ivi compresi quelli sensibili, forniti in sede di presentazione della presente domanda o comunque acquisiti a tal fine dal Comune di _____ e dal Piano Sociale di Zona – Ambito S3 ex S5.

Luogo e data

Firma del richiedente
