

OGGETTO: Richiesta attivazione Servizio di Assistenza Domiciliare

Il/la sottoscritto/a _____

Per conto di _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ () via _____

Tel _____ cittadinanza _____

Domicilio (se diverso dalla residenza) _____

Chiede l'attivazione del Servizio di Assistenza Domiciliare

€ Anziani

€ Famiglie multiproblematiche

€ Persone con disabilità

Il/la sottoscritto/a è consapevole che la presentazione della suddetta istanza non costituisce titolo o diritto all'erogazione di quanto richiesto.

A TAL FINE DICHIARA:

di impegnarsi a comunicare entro 10 giorni ogni variazione dei requisiti che danno titolo al percepimento del presente servizio;

- che le dichiarazioni riportate sono rese ai sensi del D.P.R. n° 445/2000;
- di essere a conoscenza delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art.76 del sopracitato D.P.R. 445/2000;
- di autorizzare L'Azienda Speciale Messina Social City al trattamento dei dati personali necessari per lo svolgimento del provvedimento ai sensi della L.675/96 e ss.mm.ii. Autorizza altresì, ove necessario, l'informazione e l'eventuale coinvolgimento dei soggetti obbligati.

Allega:

- Fotocopia documento di riconoscimento e codice fiscale/tessera sanitaria;
- Eventuale documentazione medica attestante la condizione di disabilità grave ai sensi della L. 104 art 3 comma 3;
- Eventuale certificazione attestante invalidità civile al 100%;
- Attestazione ISEE completa di DSU (Dichiarazione Sostitutiva Unica).

Messina, li _____

FIRMA
