OGGETTO: Richiesta attivazione Servizio di Assistenza Domiciliare Anziani e Famiglie Multiproblematiche

Il/la sottoscritta_____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ ( ) via _____

Tel _____ e-mail _____

cittadinanza _____

Domicilio (se diverso dalla residenza) _____

Chiede l'attivazione del Servizio di Assistenza Domiciliare Anziani

(da compilare solo se il richiedente è differente dal potenziale fruitore del servizio)

Per conto di _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ ( ) via _____

Tel _____ e-mail: _____

cittadinanza _____

Domicilio (se diverso dalla residenza) _____

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 e sensibili 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 del richiedente e/o del potenziale fruitore del servizio;
- Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà carichi pendenti e casellario giudiziale (art. 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 agg. Alla legge 183 del 12.11.2011);
- Attestazione ISEE completa di DSU (Dichiarazione Sostitutiva Unica);
- 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%.

Messina, lì _____ **FIRMA**

_____