

OGGETTO: Richiesta Assistenza Domiciliare Integrata Sociale - ADIS - Progetto "HOPE"

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____
il _____ e residente a _____ in Via _____
C.F.: _____ tel _____,

CHIEDE

di poter beneficiare, nell'ambito del progetto "HOPE" attivato da Codesta Amministrazione, di Assistenza Domiciliare Integrata Sociale (ADIS)

◆ per se stesso/a

◆ per il/la Sig./ra _____

(indicare di seguito il grado di parentela* con il/la beneficiario/a) _____

*Grado di parentela: marito/moglie figlio/a genero/nuora nipote altro

nato/a a _____ il _____ e residente a _____ in Via _____
C.F.: _____ tel _____.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso atti falsi richiamate all'art. 76 del D.P.R. n.445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

- ◆ che il/la destinatario/a del servizio ha compiuto _____ anni di età
- ◆ che è in condizione di parziale autosufficienza/non autosufficienza;
- ◆ che è invalido nella misura del _____;
- ◆ che vive solo e senza figli
- ◆ che vive solo e con figli fuori comune di residenza
- ◆ che vive con coniuge e senza figli
- ◆ che vive con coniuge e con figli fuori comune di residenza
- ◆ che vive solo con figli nel comune di residenza
- ◆ che vive con coniuge e con figli nel comune di residenza
- ◆ che coabita con figli, parenti o affini
- ◆ che ha un ISEE 2017 pari a € _____

Allega alla presente:

- ◆ Certificato del medico di base attestante la condizione di parziale autosufficienza o non autosufficienza;
- ◆ Copia verbale invalidità o handicap Legge 104/92;
- ◆ Attestazione ISEE 2017;
- ◆ Documento d'identità.

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13, c.1, del D. Lgs. 30 giugno 2003 n.196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Mormanno, li _____

(firma)
