Al Dirigente 1° Settore Servizi al Cittadino
Comune di Torre del Greco

OGGETTO: DOMANDA DI AMMISSIONE AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO ASSISTENZIALE PER DISABILI GRAVI

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a_____

(_____) il ____ / ____ / _____ residente a _____ (__) in via_____

_____ n. ____, Codice Fiscale n.ro __/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

telefono _____/_____
chiede l'ammissione al Servizio di Assistenza Domiciliare

 per se stesso/a per il/la Sig./Sig.ra_____nato/a

a_____il _____|_____|_____residente in _____

_____ alla Via _____n._____ Recapiti telefonici
_____

Codice Fiscale |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

Grado di parentela: marito/moglie genitore nonno/a bisnonno/a zio/a suocero/a cognato/a

altro *(specificare)* _____

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del Testo Unico emanato con D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e **consapevole del fatto che gli atti falsi e le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia**, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

 che il nucleo familiare del destinatario per cui si chiede il servizio è composto da n._____ persone;
 che lo *stato di salute* del beneficiario è il seguente:
 persona portatore di handicap in situazione di gravità (art. 3, co. 3 legge 104/92)
 persona portatore di handicap (art. 3, co. 1 legge 104/92)
 personagravemente invalida

che la *condizione familiare* del beneficiario è la seguente:
 persona disabile che vive sola e senza figli
 persona disabile convivente con persona attiva senza impedimenti fisici e capace di assolvere alle necessità quotidiane del convivente disabile
 persona disabile convivente con persona non attiva ed impossibilitata a prestare aiuto al disabile
 persona disabile con familiare non convivente attivabile (senza impedimenti fisici, di lavoro o figli Minori ed in grado di prestare aiuto al disabile)
 persona disabile con familiare non convivente non attivabile (non in grado di prestare aiuto al disabile)

persona disabile che usufruisce di aiuto da parte di privati
persona disabile che usufruisce di aiuto da parte di associazioni di volontariato
persona disabile che usufruisce di aiuto da parte dei vicini

Allega alla presente

1. Certificazione dell'ultimo I.S.E.E, in corso di validità, Individuale del nucleo familiare ;
2. Certificazione medica attestante la condizione di non autosufficienza e le patologie invalidanti;
3. Copia verbale di accertamento di handicap rilasciato ai sensi del co.1 (superiore ai 2/3) o co 1 e 3 dell'art 3 della L.104/1992 e/o certificazione di grave invalidità civile;
4. Eventuale altra documentazione idonea ad attestare il possesso di ulteriori requisiti

_____
_____
_____
_____

AUTORIZZA

il Comune di Torre del Greco al trattamento dei dati rilasciati, *esclusivamente* per l'espletamento del servizio di assistenza domiciliare, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e ss.mm.ii. con le modalità indicate nell'Avviso pubblico.

Luogo e data) *Firma leggibile)*

_____ _____