



**DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D 30**

**Area Omogenea Distrettuale n. 2**

Comune di Sant'Angelo di Brolo – Capofila – Comuni di Ficarra, Floresta, Raccuja, Sinagra e Ucria

**AL SINDACO DEL COMUNE DI \_\_\_\_\_**

Oggetto: AZIONE 1 "DIAMO UNA MANO" . RICHIESTA ASSISTENZA DOMICILIARE IN FAVORE DI SOGGETTI ANZIANI - L. 328/2000 PdZ 2019/2020 - AOD n. 2 - D 30.

Il sottoscritto.....Codice Fiscale .....

nato/a il..... a ..... residente in .....via

.....Tel.....

in qualità: *(barrare la voce che interessa)*

persona ultrasettantacinquenne;

oppure

familiare (convivente o no) che attiva interventi di supporto assistenziale a favore del/la:

tutore/curatore/amministratore di sostegno del/la:

sig./sig.ra ..... Codice Fiscale .....

*anziano ultrasettantacinquenne*

nato/a il..... a ..... residente in .....via

.....Tel.....

**CHIEDE**

L'ACCESSO ALLA GRADUATORIA PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE IN FAVORE DI SOGGETTI ANZIANI AZIONE 1 "DIAMO UNA MANO" - L. 328/2000 PdZ 2019/2020 - AOD n. 2 - D 30 DA SVOLGERSI NEL COMUNE DI \_\_\_\_\_

A tal fine, consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del codice penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art.75 D.P.R. 445/2000),

**DICHIARA CHE**

1) l'importo dell' ISEE in corso di validità, riferito al nucleo familiare dell'anziano, è pari a € .....

2) il nucleo familiare dell'anziano è composto da:

	Nome e cognome	Data e luogo di nascita	Relazione di parentela
1			
2			
3			
4			
5			

3) autorizza il trattamento dei dati personali forniti.

Allega:

Attestazione ISEE in corso di validità;

Certificazione del medico curante attestante lo stato di non autosufficienza e/o copia certificazione attestante lo stato di invalidità (verbale di commissione medica e/o verbale legge 104/92) (barrare la voce che non interessa).

Copia documento d'identità in corso di validità del richiedente e dell'anziano potenziale beneficiario del servizio se diverso dal richiedente.

Li \_\_\_\_\_

**Il richiedente**

---