



AMBITO TERRITORIALE B3  
COMUNE CAPOFILA MONTESARCHIO



## SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE AGLI ANZIANI

servizio programmato per la I annualità del III Piano Sociale Regionale 2016 -2018

\*\*\*

### MODULO DI DOMANDA DEL SERVIZIO

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_

Prov \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

### CHIEDE

l'erogazione delle seguenti prestazioni:

- aiuto per l'igiene e la cura della persona;
- sostegno alla mobilità personale;
- aiuto per la pulizia della casa, lavaggio e cambio della biancheria;
- preparazione dei pasti;
- aiuto nello svolgimento delle pratiche amministrative e di accompagnamento presso uffici;
- attività di accompagnamento presso familiari e vicini e presso luoghi di interesse culturale o sportivo, finalizzata a mantenere o ristabilire relazioni effettive e sociali;
- sostegno per la fornitura o l'acquisto, su richiesta, di alimentari, indumenti, biancheria e di generi diversi nonché di strumenti e tecnologie per favorire l'autonomia;
- aiuto ad istituire o mantenere una normale vita di relazione.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a, inoltre, dichiara di:

- ☉ essere consapevole di quanto prescritto dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. 445/2000 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, nonché sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, ai sensi e per gli effetti di cui agli articoli 46 e 47 del medesimo D.P.R. 445/2000;

- essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10, della legge 675/96 e s.m.i. che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e, in caso di instaurazione del rapporto di lavoro, per le finalità inerenti la gestione del rapporto medesimo;
- di impegnarsi a corrispondere l'eventuale quota di compartecipazione al costo del servizio, così come determinata in fase di redazione del piano assistenziale.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Si allega:**

- fotocopia di un documento di identità del richiedente in corso di validità;
- fotocopia del Codice Fiscale del richiedente;
- certificato del medico curante attestante la situazione di parziale o totale non autosufficienza tale da giustificare l'intervento domiciliare;
- attestazione ISEE in corso di validità.