

AI SERVIZI SOCIALI DEL COMUNE DI _____

OGGETTO : DOMANDA PER L'AMMISSIONE AI SERVIZI ASSISTENZA DOMICILIARE PER PERSONE AFFETTE DA PATOLOGIA DI ALZHEIMER RESIDENTI NELL'AMBITO TERRITORIALE LATINA

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente in _____ Prov. _____

Via _____ n. _____ tel. _____

C.F. _____

(DA COMPILARE SOLO IN CASO DI TUTELA LEGALE / CURATELA / AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO)

In qualità di:

☐ tutore

☐ curatore

☐ amministratore di sostegno

Del/della sig./sig.ra _____

Nato/a a _____ il _____

Residente in _____ Prov. _____

Via _____ n. _____ tel. _____

C.F. _____

CHIEDE

Di essere ammesso al servizio:

☐ Assistenza Domiciliare Diretta per persone affette da patologia di Alzheimer

OPPURE

☐ Assistenza Domiciliare Indiretta per persone affette da patologia di Alzheimer

A tale fine consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità e delle possibilità di controllo da parte dell'Amministrazione Comunale, ai sensi e per gli effetti degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, pena l'esclusione

DICHIARA

Di essere in possesso della certificazione attestante la diagnosi di demenza tipo Alzheimer rilasciata dalle U.V.A. (Unità di Valutazione Alzheimer) o dei Centri di cui alla L.R. n° 6/2012, oppure di piano terapeutico oppure di verbale di invalidità civile indicante che il soggetto è affetto da demenza tipo Alzheimer;

Che il valore ISEE dell'intero nucleo familiare relativamente ai redditi percepiti nell'anno 2013 è pari ad € _____

Allega alla presente pena esclusione:

- 1) Fotocopia del documento di riconoscimento del Richiedente/Dichiarante e della persona interessata al beneficio;
- 2) Copia del modello ISEE e della relativa dichiarazione sostitutiva unica dell'intero nucleo familiare relativo all'anno 2013;
- 3) Copia della certificazione attestante la diagnosi di demenza tipo Alzheimer rilasciata dalle U.V.A. (Unità di Valutazione Alzheimer) o dei Centri di cui alla L.R. n° 6/2012, o Piano terapeutico o Verbale di invalidità civile indicante che il soggetto è affetto da demenza tipo Alzheimer;

La sig.ra / il sig.

Autorizza il Servizio Sociale del Comune di _____ e il Comune di Latina in qualità di Capofila d'Ambito al trattamento dei dati rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di attivazione del servizio in oggetto della presente modulistica, ai sensi del D.Lgs n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive modificazioni e integrazioni.

Data _____ Firma _____

LUOGO E DATA

IL RICHIEDENTE
