

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ prov _____ il _____

residente a _____ prov. _____ Via _____ n _____

C.F. _____ Tel _____

CHIEDE

L' AMMISSIONE AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE ANZIANI

DICHIARA

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445

- che il proprio nucleo familiare è composto :

N.	COGNOME E NOME	RAPPORTO FAMILIARE	LUOGO E DATA DINASCITA

- che il valore ISE del nucleo familiare convivente, in corso di validità, è pari a € _____
- di essere tenuto alla compartecipazione al costo del servizio qualora il reddito familiare posseduto superi i limiti fissati dall'Ass. Reg.le EE. LL. in ragione del 5% del costo del servizio per ogni 516,46 euro eccedente;
- di avere una invalidità del _____% come risulta dal verbale di visita medica rilasciato della Commissione Medica,
- di essere in possesso della certificazione ai sensi della Legge 104 del 05/12/1992;
- di godere dell'indennità d'accompagnamento;

allega i seguenti documenti:

- Fotocopia di un documento di identità in corso di validità dell'utente;
- Attestazione ISEE in corso di validità;
- Certificato invalidità e/o certificato della 104;
- Modulo scelta Cooperativa sociale.

Informativa ai sensi dell'art. 10 della Legge 675/1996. I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

Li _____

IL DICHIARANTE
