

AL Signor Sindaco  
del Comune di Augusta

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

\_\_\_\_\_