

ALL’UFFICIO DI PIANO

COMUNE CAPOFILA DI VILLA SAN GIOVANNI

PEC: [**protocollo@pec.comune.villasangiovanni.rc.it**](mailto:protocollo@pec.comune.villasangiovanni.rc.it.)

**Oggetto**: Richiesta di ammissione al servizio di assistenza domiciliare.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, sesso (M o F)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente/domiciliato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_Indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_C.A.P. \_\_\_\_\_\_\_

tel/cell.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**CHIEDE**

ammissione al servizio di assistenza domiciliare

in qualità di *(indicare con un segno di spunta*):

[ ] Diretto interessato;

[ ] Tutore di *(indicare il soggetto interessato): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

[ ] Familiare*(indicare il grado di parentela): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

[ ] Curatore di *(indicare il soggetto interessato): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

[ ] Amministratore di sostegno (*indicare il soggetto interessato*): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_\_ Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_)

il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente/domiciliato/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prov. (\_\_\_\_\_)

Indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_C.A.P.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A tale proposito, così come previsto dal bando **si acclude** alla presente istanza debitamente compilata e sottoscritta, a pena di esclusione la documentazione di seguito indicata :

1. **ISEE** in corso di validità del diretto interessato **riferito al nucleo familiare di appartenenza**;
2. **ISEE** in corso di validitàdel diretto interessato **SOCIOSANITARIO**
3. **Certificato medico**-**relazione sanitaria**, redatta dal medico curante dell'assistito o da altro specialista dalla 

4 **Copie dei verbali di riconoscimento invalidità/handicap ai sensi della legge 104,;**

5. **Documento di identità** in corso di validità del diretto interessato e del richiedente se diverso dal diretto interessato;

6. **Dichiarazione sostitutiva di certificazione della residenza e dello stato di famiglia (*Allegato b)*** resa ai sensi dell’art. 46 del D.P.R. 445/2000.

- ogni altra documentazione ritenuta utile per una corretta valutazione dei bisogni dell’utente.

Distinti saluti.

,

FIRMA DEL RICHIEDENTE

(Per esteso e leggibile)