

---

AL COMUNE DI CASTROLIBERO

SERVIZI SOCIALI

IL/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

In Via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ - Cell. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

*( Compilare qualora la richiesta pervenga da familiari ovvero persone diverse da quella per la quale si richiede l'attivazione del servizio)*

In qualità di \_\_\_\_\_ (es: genitore, familiare, tutore,.....)

Del/della Signor/Signora \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Provincia \_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

In Via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di usufruire del seguente servizio: *(barrare solo la/e casella/e che interessa)*

ASSISTENZA DOMICILIARE;

TRASPORTO SOCIALE presso:

STRUTTURE SANITARIE/DI

RIABILITAZIONE \_\_\_\_\_

CENTRI DIURNI \_\_\_\_\_

MEDICO DI FAMIGLIA \_\_\_\_\_

---

per disbrigo piccole commissioni ( es: ritiro farmaci, prescrizioni medico di famiglia, spesa, ecc....)\_\_\_\_\_

ALTRO

---

---

A tal fine consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci , falsità in atto o uso di atti falsi, oltre alle sanzioni penali previste dall'art. 76 DPR n. 445/2000, l'Amministrazione Comunale provvederà alla revoca dei benefici eventualmente concessi sulla base della dichiarazioni rese , ai sensi degli articoli 46 e 47 DPR n. 445/2000

**DICHIARA**

(Barrare le caselle che interessano)

Di essere residente nel comune di CASTROLIBERO;

Che la persona per la quale si richiede l'attivazione del servizio : *(Barrare le caselle che interessano)*

Presenta uno stato di malattia o di invalidità che comporti temporanea o permanente perdita dell'autosufficienza: (specificare se allettato)\_\_\_\_\_;

Versa in una condizione caratterizzata da solitudine ed isolamento per assenza o carenza familiare;

Evidenzia stati particolari di bisogno e di necessità :  
(specificare)\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_;

Ha un nucleo familiare composto come indicato nella seguente tabella:

Cognome Nome	Data di nascita	Grado di parentela	Attività lavorativa	Eventuale incapacità di prestare assistenza al congiunto per al congiunto per motivi di salute

---

Ha n° \_\_\_\_\_ figli NON conviventi;

Reddito ISEE relativo all'anno 2020, in corso di validità;

Allega alla presente :

- Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità sia dell'anziano, sia dell'eventuale familiare richiedente, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000;
- Attestato ISEE relativo ai redditi anno 2020 completo della dichiarazione sostitutiva unica riportante la situazione economica dell'intero nucleo familiare.

\_\_\_I\_\_\_ sottoscritt\_\_\_, infine , dichiara quanto segue:

Di impegnarsi a comunicare all'Ufficio Servizi Sociali - entro e non oltre 15 giorni dalla data in cui ne sarò venuto a conoscenza – ogni variazione relativa alle condizioni personali, reddituali e familiari dichiarate all'atto della domanda, nonché ogni altro evento suscettibile di modificare la condizione del beneficiario.

Di essere a conoscenza che la documentazione di coloro che beneficeranno del servizio verrà sottoposta ai controlli previsti dalle leggi vigenti al fine di verificare la veridicità delle informazioni fornite e che, qualora si riscontrasse una situazione difforme rispetto alle dichiarazioni da me sottoscritte è prevista la segnalazione all'Autorità Giudiziaria.

Di autorizzare il trattamento dei dati personali secondo la normativa vigente.

Castrolibero li \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_