

OGGETTO: richiesta erogazione Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) persona con disabilità

Il/la sottoscritt _____

nat_ il _____ a _____, residente in _____,

Via _____ n° _____,

recapito telefonico _____, in qualità di _____

CHIEDE

l'erogazione del Servizio di Assistenza Domiciliare a favore del/la sig/sig.ra

_____, nat_ il _____

a _____, residente ad Ascoli Piceno, in Via _____, n°

_____, recapito telefonico _____.

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali che si assume, dichiara che il disabile:

- è in possesso del riconoscimento dell'invalidità civile al _____%, che si allega;
- è in possesso dell'indennità di accompagnamento, che si allega;
- è in possesso del riconoscimento L. 104/92, che si allega;
- usufruisce del Servizio "A.D.I" da parte della locale AST;

Allega alla presente;

- attestazione modello ISEE socio sanitario ristretto ovvero ordinario
- copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore
- certificato medico attestante le condizioni di salute qualora peggiorate rispetto a quelle indicate nelle certificazioni medico-legali

Il richiedente, qualora si verificano variazioni rispetto a quanto dichiarato, si impegna a presentare la relativa documentazione aggiornata.

..l.. sottoscritt.., in conformità all'informativa di cui all'art.13 del D.lgs. 196/2003, autorizza il trattamento dei dati personali allo scopo di consentire lo svolgimento del procedimento relativo alla pratica di cui all'oggetto ed è a conoscenza dei diritti attribuiti dall'art.7 del D.lgs. 196/03.

..l.. sottoscritt.., si impegna altresì a comunicare ogni evento che determini variazioni della propria situazione familiare e a fornire, a richiesta dell'Ufficio, qualsiasi ulteriore informazione o documentazione necessarie per l'espletamento della pratica di cui all'oggetto.

Ascoli Piceno, lì _____

Firma _____