

COMUNE DI ASCOLI PICENO
Settore Servizi Sociali

OGGETTO: richiesta erogazione S.A.D. Anziani

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 in Ascoli Piceno, in Via _____,
n. _____, recapito telefonico _____.

Fa presente che la persona sopraindicata ha n° ____ figli e ____ fratelli/sorelle.

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali che si assume, dichiara che l'anziano:

è in possesso del riconoscimento dell'invalidità civile al _____ %
è in possesso del riconoscimento dell'handicap L. 104/92;
è in possesso dell'assegno di indennità di accompagnamento;
usufruisce del servizio "A.D.I." dell' AREA VASTA N° 5;

Si allega alla presente:

- 1. attestazione modello ISEE**
- 2. copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.**

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

SCHEDA GENERALITA' CONGIUNTI

Grado parentela	Cognome	Nome	Data di nascita	Residenza città	Indirizzo	Recapito telefonico

..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, _____

firma