

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