



COMUNE DI
CONTURSI TERME

Al Responsabile del Servizio
Politiche Sociali

DOMANDA DI ATTIVAZIONE SUPPORTO ASSISTENZA DOMICILIARE

Il/la sottoscritto/a COGNOME NOME _____

Nato/a _____ il _____ residente

a _____ in via Tel. _____ con domicilio

In via _____ Tel. _____

(se cittadino non italiano o non comunitario allegare regolare documentazione per il soggiorno)

CHIEDE

☐ PER SE'

☐ Per il/la sig./ra COGNOME NOME _____

C.F. _____ Nato/a _____ il _____

residente a Contursi Terme in via _____ n.

con domicilio in _____ Tel. _____ (se cittadino non
italiano o non comunitario allegare regolare documentazione per il soggiorno)

In qualità di Dichiarante per il soggetto sottoindicato temporaneamente impedito (art. 4 comma 2 D.P.R. 445/2000)

Specificare motivo del temporaneo impedimento

L'attivazione del Servizio di Supporto Assistenza Domiciliare per:

- Minori Disabili (0-18 anni)
- Adulti Disabili (19-64 anni)
- Anziani (dal compimento del 65° anno di età)

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28.12.2000

DICHIARA

(barrare ove ricorre)

- ☐ che il destinatario dell'intervento è portatore di handicap permanente grave, di cui all'art. 3 comma 3 della Legge 104/92
- ☐ che il destinatario dell'intervento, non è portatore di handicap permanente grave, di cui all'art. 3 comma 3 della Legge 104/92, ma è ultrasessantacinquenne non autosufficiente riconosciuto invalido civile dalla competente Commissione Medica
- ☐ che il destinatario dell'intervento percepisce indennità di accompagnamento
- ☐ che il valore dell'indicatore ISEE in corso di validità è il seguente € _____
- ☐ che il destinatario dell'intervento non usufruisce di altre forme di assistenza quali:
assistenza domiciliare integrata o assegno di cura, progetto dopo di noi, ecc.

☐ riabilitazione a domicilio altro (indicare ente/servizio di riferimento) _____



COMUNE DI CONTURSI TERME

destinatario dell'intervento si trova in una delle seguenti condizioni:

- ☐ vive solo e non ha nessuno che si può occupare della sua assistenza
- ☐ vive con familiari che non possono assisterlo
- ☐ che la persona da contattare per tutte le comunicazioni inerenti il servizio e che si occuperà del controllo dei fogli presenza mensili è _____

che i familiari da contattare in caso di necessità sono i seguenti:

RAPPORTO _____ COGNOME _____ NOME _____
INDIRIZZO _____ TELEFONO _____

DICHIARA INFINE

di aver letto l'informativa ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196, di essere informato/a dei propri diritti in materia di trattamento dei dati personali, e di fornire il proprio consenso al trattamento da parte dei soggetti, e con le modalità, indicati nell'informativa stessa.

Allega alla presente richiesta:

- copia dell'attestazione ISEE in corso di validità;
- copia documento di riconoscimento del dichiarante in corso di validità
- copia documento di riconoscimento del beneficiario in corso di validità
- altro _____

Firma del dichiarante

Informativa ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196. Si informa l'interessato/a che il trattamento dei dati personali forniti dal/la medesimo/a con la presente dichiarazione è finalizzato unicamente allo svolgimento di compiti istituzionali, nel rispetto dei principi di necessità con l'utilizzo di procedure informatiche, nei modi e nei limiti necessari per proseguire le predette finalità. Il conferimento di tali dati è necessario per concludere le attività ed i procedimenti amministrativi e la loro mancata indicazione comporterà l'impossibilità di emettere il provvedimento finale. All'interessato/a sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del Decreto Legislativo 196/2003

Luogo e data

FIRMA