

Amministrazione destinataria

Comune di Palestrina

Ufficio destinatario

Servizi sociali

Domanda di accesso al servizio di assistenza domiciliare distrettuale

Il sottoscritto

Cognome		Nome		Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
Residenza		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
Provincia	Comune							<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata					

CHIEDE

di poter usufruire del servizio di assistenza domiciliare distrettuale

un aumento del monte ore settimanale erogato sino ad ora per il seguente motivo

Motivo

Soggetto interessato

- per sè stesso
- per il seguente familiare o tutelato

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza

in qualità di (*)

Ruolo

In qualità di ():
 amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale*

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

- di aver preso visione delle tariffe di compartecipazione
- di essere a conoscenza che i soggetti di cui alla Legge 05/02/1992, n. 104 sono esenti dal pagamento della quota di compartecipazione
- di essere in possesso di attestazione ai sensi della Legge 05/02/1992, n. 104

pertanto allega la fotocopia del verbale

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- stato di famiglia o autocertificazione dello stato di famiglia
- certificato del medico curante attestante la patologia e la necessità di cure, nonché lo stato di parziale o totale non autosufficienza
- fotocopia del verbale della Legge 05/02/1992, n. 104
- fotocopia verbale di invalidità civile
- certificato di dimissione da strutture sanitarie
- dichiarazione di presa in carico da parte dei servizi pubblici territoriali (CAD, DSM, SerT, STSMREE)
- copia dell'attestazione ISEE
- copia del documento di identità
(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)
- altri allegati (specificare)

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Palestrina

Luogo

Data

Il dichiarante