Al sig. Sindaco del Comune di _____

_____

MODULO DI RICHIESTA PER L'EROGAZIONE DI SERVIZI DI CURE DOMICILIARI RIVOLTE AI SOGGETTI IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA –annualità 2018- (D.G.R. 311/2013 e 464 del 12.11.2015)

Il sottoscritto (cognome e nome) _____
Nato a _____ il _____ Residente a _____
CAP _____ Provincia _____ Via _____ n._____
Email _____ tel. _____
Codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

in qualità di

□ DIRETTO INTERESSATO

Ovvero

□ FAMIGLIARE - Grado di parentela _____
□ TUTORE nominato con decreto n. _____del _____
□ CURATORE nominato con decreto n. _____del _____
□ AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO nominato con decreto n. _____del_____

Del signor (cognome e nome) _____
Nato a _____ il _____ Residente a _____
CAP _____ Provincia _____ Via _____ n._____
Email _____ tel. _____
Codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Letto l'avviso pubblico per l'erogazione di servizi di cure domiciliari rivolte ai soggetti in condizione di non autosufficienza, **chiede di usufruire del detto servizio** accettando, al contempo, il programma di attività contenuto nel punto 2 dell'avviso in oggetto, realizzato dagli operatori addetti.

Il richiedente (o chi, in sua vece, ne fa richiesta) si impegna:

1. a partecipare agli incontri periodici con gli operatori addetti al coordinamento, organizzazione, monitoraggio e valutazione dei servizi erogati;
2. a comunicare tempestivamente al Comune di residenza ogni variazione dei requisiti richiesti per la fruizione del suddetto servizio.

All'uopo allega i seguenti documenti:

1. Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità sia del beneficiario sia dell'eventuale familiare/figura richiedente, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000;
2. Autocertificazione situazione di famiglia dell'utente da assistere;
3. Copia certificazione attestante il riconoscimento ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/92, ***oppure,*** copia certificazione attestante l'invalidità civile al 100% con o senza accompagnatore, rilasciata dall'apposita Commissione Medica dell'ASP. oppure, certificazione stato di malattia o di invalidità che comporti temporanea o permanente perdita dell'autosufficienza;
4. Copia modello ISEE 2018 dell'utente da assistere;
5. Ogni altra documentazione ritenuta valida ai fini della stesura della graduatoria.

Il/la sottoscritto/a autorizza al trattamento dei dati personali, ai sensi della legge 675/96 ai soli fini dell'uso contenuto nel presente modulo di richiesta.

Data,_____ Firma

_____