***DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 49***

**Carlentini Lentini (capofila) Francofonte A.S.P. Siracusa**

****



****

**Prot. n. Carlentini\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Al Responsabile dei Servizi Sociale del Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Il/la sottoscritto/a (Cognome e Nome)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cod. Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_cell.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di (convivente, figlio, conoscente, altro)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Chiede

l’attivazione del servizio di assistenza domiciliare per anziani in favore di:

* diretto interessato;
* familiare\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* conoscente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**A tal fine, informato che le dichiarazioni false, l’indicazione di dati non corrispondenti al vero e l’uso di atti falsi sono puniti con specifiche sanzioni penali e con la perdita dei benefici eventualmente conseguiti (articoli 75 e 76 del DPR 445/2000), sotto la propria responsabilità,**

**Dichiara**

che il proprio nucleo familiare è composto come segue:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Grado di parentela | Nome e cognome | Nato a / il | Condizione professionale |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Altresì, dichiara quanto segue:**

* di essere a conoscenza che sarà formulata una graduatoria degli aventi diritto tenuto conto del reddito posseduto dal nucleo familiare e della presenza del supporto familiare;
* di essere a conoscenza della compartecipazione al costo del servizio, nel caso in cui la condizione economica è superiore ai limiti di cui al Decreto Ass. Reg.le EE. LL. 867/S7 art. 4 del 2003, in ragione del 5% del costo del servizio sostenuto dal Comune, per ogni 516,46 euro eccedente il reddito di cui alla certificazione economica presentata;
* di avere un reddito ISEE in corso di validità di €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Si allega:

1. certificazione ISEE per l’anno in corso;
2. certificazione sanitaria attestante le condizioni di non autosufficienza;
3. fotocopia del documento di riconoscimento valido del richiedente e di chi presenta l’istanza.

Autorizzazione al trattamento dei dati personali:

il sottoscritto autorizza, ai sensi dell’art. 10 della legge 675/1996

I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

**LI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ IL DICHIARANTE**