

SUB-AMBITO A.O.D. 3
DEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO N.31-LEGGE 328/2000
COMUNE CAPOFILA CASTELL'UMBERTO
Telef. 0941/438350 - Fax 0941/438657

AL SIGNOR SINDACO
DEL COMUNE DI
San Marco d'Alunzio (ME)

OGGETTO: Legge 328/00.- P.d.Z. 2013/2015.- Sub-Ambito AOD 3 del Distretto Socio-Sanitario n.31. Progetto
"Sostegno Anziani a Domicilio" III^a annualità .-
Richiesta servizio di assistenza domiciliare anziani mediante *Voucher* – anno 201 .

Il/La sottoscritto/a _____ Nato/a _____
Il _____ residente in _____ Via _____
Codice Fiscale _____ Tel. _____

CHIEDE

Di usufruire del servizio di **ASSISTENZA DOMICILIARE ANZIANI, mediante voucher.- Anno 201**__
Relativamente alle seguenti prestazioni:

(Contrassegnare con la crocetta la casella che interessa)

- AIUTO DOMESTICO**
 IGIENE E CURA DELLA PERSONA
 DISBRIGO PRATICHE

A tal fine ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445:

DICHIARA

1. Di possedere i requisiti previsti dalla legge per l'ammissione al servizio;
2. Di impegnarsi a pagare la quota di partecipazione, se dovuta, secondo i limiti previsti dal Decreto Regionale 15/04/2003 dell'Assessorato alla Famiglia.

Allega alla presente:

1. **Dichiarazione DSU con attestazione ISEE relativa ai redditi percepiti nell'anno 201**_, rilasciata secondo la normativa vigente dal 02-01-2015, valevole per la richiesta di prestazioni sociali agevolate.
2. **Certificazione medica attestante il grado di non autosufficienza,**
3. **Autodichiarazione stato di famiglia;**
4. **Copia documento riconoscimento.**

Autorizza ai sensi delle vigenti disposizioni sulla privacy, il trattamento dei dati ai fini del presente procedimento:

Il sottoscritto dichiara inoltre, di essere consapevole della decadenza del beneficio, in caso di ammissione al servizio, per dichiarazioni rese non veritiere, punibili ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

Data _____

FIRMA
