

Al Sindaco del Comune di Piana degli Albanesi

___l___ sottoscritt___

--

Nat___ a

il

--	--

Residente a Piana degli Albanesi in Via

--

Telefono

Codice Fiscale

--	--

CHIEDE

Di poter accedere al Servizio di Assistenza Domiciliare, in favore dei pensionati INPDAP non autosufficienti, e di poter usufruire delle prestazioni di seguito contrassegnate:

Aiuto Domestico

Igiene Personale

Lavaggio biancheria

Infermieristico – Domiciliari

Accompagnamento fuori dell'abitazione e disbrigo pratiche

Rilevazione costante dei bisogni

Telesoccorso

Fornitura pasti caldi

D I C H I A R A

- Che le dichiarazioni riportate sono rese ai sensi del D.P.R. 445/2000;
- Di essere a conoscenza delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del sopracitato D.P.R. 445/2000
- Di essere titolare di trattamento pensionistico INPDAP;
- Di essere residente nel Comune di Piana degli Albanesi;
- Di non essere beneficiario di altri servizi di assistenza domiciliare erogati da Enti Pubblici;
- che il proprio nucleo familiare risulta così composto:

Cognome e nome	Data di nascita	Rapporto di parentela

- che l'ISEE del proprio nucleo familiare è pari a

I.S.E. € _____ **I.S.E.E €** _____

Allega: alla presente:

- Copia del certificato di pensione diretta, indiretta o reversibilità;
- ISEE del nucleo familiare di riferimento, riferita all'anno 2011 redditi/2010;
- Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente in corso di validità;
- Altro

Autorizza l'amministrazione e gli uffici comunali al trattamento dei dati personali e sensibili per lo svolgimento del provvedimento ai sensi della Legge 675/96 e del D.Lgs. 196/2003, ed, ove necessario, l'informazione e l'eventuale coinvolgimento dei soggetti obbligati.

Piana degli Albanesi _____ **Il Richiedente** _____

INFORMAZIONI MEDICHE
(Riservato al medico curante)

Patologie croniche

Farmaci assunti

Terapie particolari

Valutazione complessiva del grado di non autosufficienza

- Totalmente**
- Parzialmente**
- Grave**

Necessita di Assistenza Domiciliare

Il Medico Curante
(*timbro e firma*)