

**AL SIGNOR SINDACO DEL COMUNE DI
CASTELLANA SICULA**

OGGETTO: Richiesta fruizione del servizio di Assistenza Domiciliare anziani per l'anno 2017.

Il/La sottoscritt _____ nat a _____
il _____ e residente a Castellana Sicula in Via _____
n° _____ C.F. _____ n. tel. _____
nella qualità di _____ referente _____ n. tel. _____

CHIEDE

- per se
- per (incapace)

Cognome e nome _____, nato a _____ il _____
e residente a Castellana Sicula in Via _____ n. _____
C.F. _____ n. tel. _____

ai sensi dell'art. 3 della L.R. n° 87/81 **di poter fruire delle prestazioni di Aiuto Domestico** nell'ambito del **SERVIZIO di ASSISTENZA DOMICILIARE ANZIANI** per l'anno **2017**

DICHIARA ai sensi dell'art.47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 quanto segue (inerente l'interessato):

- 1 di avere un'età di 60 anni compiuti se uomo e di 55 se donna;
- 2 che nessuno dei componenti familiari conviventi abbia avuto riconosciuto l'indennità di accompagnamento dall'apposita commissione medica per gli invalidi civili;
- 3 di non percepire egli stesso indennità di accompagnamento;
- 4 di essere invalido/a con una percentuale riconosciuta del _____ %;
- 5 che il suo nucleo familiare è composto da n° _____ componenti;
- 6 notizie sui familiari _____
figli n° _____, figli residenti nel Comune di Castellana S. n° _____, figli residenti in altri comuni n° _____
- 7 che il reddito familiare complessivo risultante dall'"I.S.E." in corso di validità è di € _____
- 8 che il suo medico curante è il Dr. _____

Allega alla presente:

- Certificazione I.S.E.E.** — (Indicatore sulla Situazione Economica Equivalente) rilasciata dai CAAF, ai sensi del D.P.C.M. n.159 del 15 Dicembre 2013; **Importante: è valida quella rilasciata dopo il 15/01/2016;**
- Copia dell'attestazione di invalidità, se in possesso, rilasciata dall'apposita Commissione Invalidi;
- Fotocopia carta d'identità in corso di validità;
- Altro, specificare : _____

Il/la sottoscritto/a **si impegna** a corrispondere la quota di compartecipazione al costo del servizio se ed in quanto dovuta entro dieci giorni dal ricevimento della comunicazione dell'ammontare della stessa.

Il/la sottoscritto/a è consapevole che le istanze non complete alla data di scadenza dell'avviso prevista per il 30 settembre 2016 verranno escluse dalla graduatoria.

Castellana Sicula, li _____

IL RICHIEDENTE

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____

A con la firma apposta alla presente attesta il proprio libero consenso al trattamento dei propri dati definiti sensibili e alla loro comunicazione nei limiti e per le finalità del servizio di A.D.A. ai sensi del D. Lgs. n. 196/03.

Castellana Sicula, li _____

Firma

N.B. Per i soggetti impossibilitati a firmare, apporre la firma di colui che presenta l'istanza, allegando la carta d'identità anche di quest'ultimo.