



# COMUNE DI VIAGRANDE

Città Metropolitana di Catania  
Area Politiche Sociali e Culturali

C.A.P. 95029  
P.IVA e C.F. 00651130874  
Tel. 0957923120  
servizi.sociali@comune.viagrande.ct.it  
politichesociali@pec.comune.viagrande.ct.it

Al Signor Sindaco del Comune di  
**VIAGRANDE**

**Oggetto: Richiesta di ammissione al servizio di Assistenza Domiciliare – Anno 2023**

il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ ( ) Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

Recapiti telefonici : \_\_\_\_\_

chiede l'ammissione al Servizio di Assistenza Domiciliare

per se stesso/a

per il/la signor/signora \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ ( )

il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_ ( ) alla via \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

Recapiti telefonici : \_\_\_\_\_

Grado di parentela: marito/moglie genitore nonno/a bisnonno/a zio/a

genero/nuora cognato/a

In particolare la richiesta è finalizzata alla fruizione dei seguenti servizi:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bucato   | <input type="checkbox"/> Governo della casa          |
| <input type="checkbox"/> Aiuto preparazione pasti   | <input type="checkbox"/> Igiene e cura della persona |
| <input type="checkbox"/> Espletamento pratiche  | <input type="checkbox"/> Sostegno psicologico        |
| <input type="checkbox"/> Accompagnamento visite e accertamenti                                | <input type="checkbox"/> Spesa e commissioni         |
| <input type="checkbox"/> Attività di segretariato sociale ed informazioni sui servizi di base |  |

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del Testo Unico emanato con D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e consapevole della decadenza dai benefici conseguiti in seguito a dichiarazioni non veritiere e del fatto che gli atti falsi e le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilità, dichiara:

che la condizione familiare del richiedente è la seguente:

- disabile che vive sola senza figli  disabile con coniuge con figli nel comune  
 persona con coniuge entrambi disabili senza figli  disabile con coniuge e senza figli  
 disabile che vive sola con figli fuori comune  disabile che vive sola con figli nel comune  
 disabile con coniuge e con figli fuori comune  
 persona o coppia disabile coabitante con figli e/o parenti o affini  
altro (specificare) \_\_\_\_\_

d) che il valore dell' I.S.E.E. del nucleo familiare, relativo ai redditi percepiti nell'anno in corso, è pari a € | | | | . | | | | , | | |

Che i soggetti obbligati agli alimenti ai sensi dell'art. 433 del c.c. sono:

G.P. *	Cognome e Nome	Luogo e data nascita	Indirizzo	Recapito Telefonico

\* G.P. = Grado di parentela ( C= Coniuge; F= Figli; A= genitori o ascendenti prossimi;  
G= Generi e nuore; S= suoceri; Fr = fratelli e sorelle)

Allega alla presente:

- 1) Scheda SVAMA compilata in tutte le sue parti
- 2) Certificato d'invalidità dell'ASP
- 3) Attestazione ISEE in corso di validità
- 4) Fotocopia di un documento di identità del beneficiario

Viagrande, li \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. 30 Giugno 2003 n. 196 e dell'art. 13 del regolamento U.E. N. 2016/679: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e potranno essere utilizzati esclusivamente per tale scopo.

Viagrande, li \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA