



COMUNE DI VIAGRANDE

Città Metropolitana di Catania
Area Politiche Sociali e Culturali

C.A.P. 95029
P.IVA e C.F. 00651130874
Tel. 0957901327
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 2022

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