



## DICHIARA

- di essere in una condizione di non autosufficienza NON GRAVE e comunque non bisognosa di cure sanitarie stabili;
  - di essere a conoscenza di dover comunicare tempestivamente al servizio sociale del Comune di residenza, per iscritto, ogni variazione relativa alla condizione di salute;
  - di aver bisogno delle seguenti prestazioni di assistenza e sostegno domiciliare:
- 
- 
- 

## DICHIARA altresì,

- di aver preso visione dell'avviso pubblico per l'ammissione al servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale anziani e di tutte le condizioni in esso contenute che con la firma apposta in calce alla presente istanza di ammissione si intendono espressamente accettate e di impegnarsi ad osservarle tutte senza riserva alcuna;
- di aver preso visione del regolamento di compartecipazione al costo dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari dell'Ambito S07;
- che il proprio nucleo familiare, intendendo per tale le persone che coabitano, è composto:

NOME	COGNOME	DATA DI NASCITA	GRADO DI PARENTELA

- che il reddito I.S.E.E. del proprio nucleo familiare, riferito all'anno in corso, è di € \_\_\_\_\_;

### Si allega:

- Copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità;
- Certificazione I.S.E.E. relativa all'anno in corso;
- Certificato d'invalidità e/o legge 104/92;
- Scheda del medico curante (in alternativa al certificato d'invalidità e/o legge 104/92).

Il/La sottoscritto/a autorizza, ai sensi del D.Lgs 196/2003, al trattamento dei dati personali secondo la normativa vigente, rilasciati per l'espletamento del servizio di assistenza domiciliare.

Luogo e data \_\_\_\_\_

**Firma**

---