AI SERVIZI SOCIALI DEL COMUNE DI

_____

DOMANDA PER L'AMMISSIONE AL SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE DIRETTA PER PERSONE AFFETTE DA PATOLOGIA DI ALZHEIMER RESIDENTI NELL'AMBITO TERRITORIALE DELLA ROMA 6

(Da presentare presso il rispettivo Ufficio Protocollo del Comune di residenza o al PUA di riferimento)

Il/la sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ il _____
Residente in _____ Prov._____
Via _____ n. _____ tel. _____
C.F. _____

In qualità di:
-familiare
. tutore
. curatore
. amministratore di sostegno
Del/della sig./sig.ra _____
Nato/a a _____ il _____
Residente in _____ Prov._____
Via _____ n. _____ tel. _____
C.F. _____

CHIEDE

Di essere ammesso al servizio:

- o Assistenza Domiciliare Diretta per persone affette da patologia di Alzheimer

A tale fine consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità e delle possibilità di controllo da parte dell'Amministrazione Comunale, ai sensi e per gli effetti degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, pena l'esclusione

DICHIARA

(barrare le caselle d'interesse)

Di essere in possesso della certificazione di malattia rilasciata dalle U.V.A. del territorio nazionale e di essere in possesso della valutazione nel Clinical Demential Rating Scale con un punteggio da 0 a 3 e comunque non uguale o superiore a 4.

DICHIARA INOLTRE

Che il valore ISEE dell'intero nucleo familiare in corso di validità è pari ad €

_____

Allega alla presente pena esclusione:

1) copia di documento di identità del Richiedente/Dichiarante e della persona interessata al beneficio, in corso di validità;
2) Copia del modello ISEE e della relativa dichiarazione sostitutiva unica dell'intero nucleo familiare in corso di validità;
3) Copia della certificazione di malattia rilasciata dalle U.V.A. del territorio nazionale e da tutti i servizi accreditati;
4) Valutazione del Clinical Demential Rating Scale con un punteggio da 0 a 3.

La sig.ra / il sig.

Autorizza il Servizio Sociale del Comune di _____ al

trattamento dei dati rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di attivazione del servizio in oggetto della presente modulistica, ai sensi del D.Lgs n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive modificazioni e integrazioni, in particolare rispetto a quanto previsto dal nuovo regolamento UE in materia di protezione dei dati personali 679/2016 (GDPR).

Data_____ Firma_____

LUOGO E DATA

IL RICHIEDENTE

_____

_____