

*Istanza per l'Assistenza Domiciliare Anziani - PDZ 2010/2012 rimodulato.*

All'Ufficio dei Servizi Sociali del Comune di \_\_\_\_\_

Il sottoscritt \_\_\_\_\_ nat il \_\_\_\_\_ età \_\_\_\_\_

A \_\_\_\_\_ residente nel comune di \_\_\_\_\_

In via \_\_\_\_\_ Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Di essere ammess\_\_ a fruire e beneficiare del Servizio di Assistenza Domiciliare Anziani, finanziato con risorse del PDZ 2010/2012, ultima rimodulazione, per i seguenti motivi:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**A tal fine DICHIARA sotto la propria responsabilità personale:**

- Di vivere da solo *oppure*  di vivere con il coniuge di anni \_\_\_\_\_;
- Di vivere con altri (specificare) \_\_\_\_\_;
- Di avere i seguenti familiari NON CONVIVENTI, ma residenti nello stesso Comune \_\_\_\_\_;
- Di avere i seguenti familiari NON CONVIVENTI e NON residenti nello stesso Comune \_\_\_\_\_;
- Le persone sopra citate sono nell'impossibilità di assistermi in quanto \_\_\_\_\_;
- Di beneficiare o di NON beneficiare di altri interventi di assistenza analoghi per tipologia e/o prestazione a valere sul fondo per la non autosufficienza (disabili gravi, disabili gravissimi, etc). Specificare quali \_\_\_\_\_;
- Di essere titolare di una certificazione ISEE in corso di validità di € \_\_\_\_\_;
- Di essere stato riconosciuto Invalido Civile al \_\_\_\_\_% ;
- Di essere titolare di indennità di accompagnamento;
- Di NON essere titolare di indennità di accompagnamento.

Allega alla presente:

1. Copia attestazione ISEE in corso di validità;
2. Copia Carta di Identità e Tessera Sanitaria;
3. Copia, se riconosciuta, di certificazione attestante lo stato di invalidità civile indicante la relativa percentuale

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali, ai sensi del D. lgs. 196 del 30 giugno 2003 e successive modificazioni, integrazioni e aggiornamenti in materia.

*Data e Luogo*

---

**FIRMA**

---