**Oggetto: richiesta per il servizio di assistenza domiciliare anziani over 65.**

II/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ recapito telefonico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, consapevole di quanto prescritto dall’art. 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità:

**CHIEDE**

l’attivazione del servizio di assistenza domiciliare in favore di (compilare solo se trattasi di persona diversa dal richiedente): Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente a Monforte San Giorgio (Me) in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ recapito telefonico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

A tal fine, informato/a che le dichiarazioni false, l’indicazione di dati non corrispondenti al vero e l’uso di atti falsi, sono puniti con specifiche sanzioni penali e con la perdita di benefici eventualmente conseguiti (articoli 75 e 76 del DPR 445/2000), sotto la propria responsabilità

**DICHIARA CHE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Indicatori** | **Criteri** | |  |
| **Età** | dai 65 ai 75 anni | |  |
| dai 76 ai 85 anni | |  |
| dai 86 anni in poi | |  |
|  | | | |
| **Situazione familiare** | anziano convivente con familiari che provvedono all’assistenza | |  |
| anziano solo/a con figli residenti nel Comune | |  |
| anziano solo/a con figli residenti fuori Comune | |  |
| anziano solo/a senza figli | |  |
|  | | | |
| **Situazione abitativa** | proprietario della propria abitazione | |  |
| in locazione | |  |
| in comodato d’uso | |  |
|  | | | |
| **Grado di autosufficienza** | Inabile fino al 90% | |  |
| Inabile dal 91 al 100% | |  |
|  | | | |
| **Situazione economica** | percepisce indennità di accompagnamento | SI NO | |
| valore ISEE in corso di validità è pari ad euro |  | |

Si allegano:

* Fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità del richiedente;
* Fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità del beneficiario (se diverso);
* Attestazione ISEE in corso di validità;
* Copia del verbale INPS attestante il riconoscimento dell’Invalidità Civile;
* Copia del verbale INPS attestante il riconoscimento dell’art. 3 comma 3 della Legge 104/1992;
* Altra documentazione ritenuta utile per una corretta valutazione dei bisogni della persona per cui si richiede il servizio: (specificare)

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

* Dichiara di essere informato/a, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, che i dati personali raccolti e forniti in occasione della presente istanza:
* saranno trattati esclusivamente in funzione e per i fini della richiesta medesima, conservati presso le sedi competenti;
* la comunicazione o la diffusione dei dati personali a soggetti pubblici o privati sarà effettuata solo se prevista da norme di legge o di regolamento o se risulta necessaria per lo svolgimento delle funzioni istituzionali;
* l’interessato potrà in ogni momento esercitare i diritti di cui agli artt. da 15 a 22 del Regolamento Europeo.

**AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Il/la sottoscritto/a autorizza il Comune di Monforte San Giorgio, al trattamento dei propri dati personali per l’istruzione della pratica relativa al servizio in oggetto.

|  |  |
| --- | --- |
| Monforte San Giorgio, li \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Firma  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |