

**OGGETTO: RICHIESTA SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE ANNO \_\_\_\_\_**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

(Prov. Di \_\_\_\_\_), residente a Selargius, Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**Telefono** \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**DI POTER USUFRUIRE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE**

- Se stesso/a
- Per il seguente familiare: \_\_\_\_\_ (grado di parentela)  
Cognome e nome \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_, nato/a \_\_\_\_\_  
Il \_\_\_\_\_ stato civile \_\_\_\_\_, residente a  
SELARGIUS, in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_

**A TAL FINE**

**Avvalendosi delle disposizioni di cui all'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 " Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa" e consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi.**

**DICHIARA CHE**

**Il proprio nucleo familiare è così composto:**

| COGNOME | NOME | GRADO DI PARENTELA |
|---------|------|--------------------|
|         |      |                    |
|         |      |                    |
|         |      |                    |
|         |      |                    |
|         |      |                    |

-Le risorse economiche complessive del proprio nucleo familiare si compongono dei seguenti proventi:

| TIPOLOGIA  | ANNO _____ |
|--|------------|
| REDDITO ISEE<br>(come risulta da documento allegato) | €          |
| PENSIONE (specificare) _____                         | €          |
| INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO                        | €          |
| ALTRI REDDITI<br>(specificare) _____                 | €          |

○ DICHIARA ALTRESI'

- Che non esistono in vita familiari con obbligo alimentare nei confronti dell'interessato, ai sensi dell'art. 433 del Codice Civile o non sono in grado di provvedere;
- 
- Di impegnarsi a rendere tempestiva comunicazione al Responsabile del Servizio Sociale del Comune su ogni variazione avvenuta rispetto a quanto sopra dichiarato;
- 
- Di essere a conoscenza del fatto che, trattandosi di un servizio a domanda individuale, è prevista la contribuzione al costo orario in base alle fasce di reddito individuate dal PLUS 21.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE

- DOCUMENTO DI IDENTITA' E CODICE FISCALE
- CERTIFICAZIONE ISEE IN CORSO DI VALIDITA'
- VERBALE DI INVALIDITA' CIVILE O IN ASSENZA CERTIFICAZIONE MEDICA
- VERBALE L.104/92 SE PRESENTE