



Amministrazione destinataria
 Comune di Altamura
 Ufficio destinatario
 Piano Sociale di Zona

Domanda per l'ammissione al servizio di assistenza domiciliare e/o al servizio di assistenza domiciliare integrata in favore di persona diversabile

Il sottoscritto

Cognome		Nome		Codice Fiscale						
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
Residenza	Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Telefono cellulare	Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata					

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

CHIEDE

di poter usufruire del seguente servizio di assistenza domiciliare per disabili

- SAD (Servizio di Assistenza Domiciliare)
- A.D.I. (con l'integrazione di prestazioni sanitarie erogate dal Distretto Socio Sanitario di Altamura)

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

di presentare la seguente istanza per il tramite di

Nominativo

di avere l'età di

Specificare l'età

di avere un grado di invalidità pari al

Specificare % invalidità

di avere un grado di autonomia come di seguito dettagliato

- parzialmente dipendente
- necessità di assistenza continua, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita (accompagnamento)

di vivere

- solo
- convivendo con il proprio nucleo familiare composto dai seguenti componenti (compreso il/la sottoscritto/a, da inserire nella prima riga)

componente n. 1

Cognome	Nome	Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
Stato civile	Rapporto di parentela		

componente n. 2

Cognome	Nome	Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
Stato civile	Rapporto di parentela		

componente n. 3

Cognome	Nome	Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
Stato civile	Rapporto di parentela		

componente n. 4

Cognome	Nome	Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
Stato civile	Rapporto di parentela		

componente n. 5

Cognome	Nome	Codice Fiscale	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Stato civile	Rapporto di parentela		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

componente n. 6

Cognome	Nome	Codice Fiscale	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Stato civile	Rapporto di parentela		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

di fruire dei seguenti servizi domiciliari di natura socio assistenziale e sanitaria

- SAD
- ADP (Assistenza Domiciliare Programmata)
- ADS (Assistenza Domiciliare Sanitaria)
- riabilitazione
- altro

Specificare

che il valore ISEE del nucleo familiare è pari a

Valore ISEE

che ha percepito altri redditi, esenti da IRPEF, nell'anno, pari a

Valore redditi complessivo

<input type="checkbox"/> derivante da pensione di invalidità civile	Importo in €	Periodo riscossione	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> derivante da indennità di accompagnamento	Importo in €	Periodo riscossione	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> derivante da pensione di guerra	Importo in €	Periodo riscossione	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> derivante da rendita INAIL	Importo in €	Periodo riscossione	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> altro	Specificare	Importo in €	Periodo riscossione
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

che ha bisogno delle seguenti prestazioni di assistenza e sostegno domiciliare

Specificare

- di essere a conoscenza di dover comunicare tempestivamente al Comune, per iscritto, ogni variazione relativa alla condizione di salute
- di avere piena conoscenza di tutte le condizioni, le modalità, le prescrizioni e di ogni altro aspetto previsto nel Capitolato e di impegnarsi ad accettarle e osservarle tutte senza riserva alcuna

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- copia del documento di identità
(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)
- copia dello stato di famiglia
- documentazione attestante i servizi usufruiti
- copia dell'attestazione ISEE
- copia della documentazione medica ed eventuale verbale di invalidità civile
- altri allegati

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Altamura

Luogo

Data

il dichiarante