

AL COMUNE DI \_\_\_\_\_

**OGGETTO:** Richiesta assistenza domiciliare per anziani, invalidi e disabili.

\_l\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ nat\_ il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_

Prov. (\_\_\_\_\_) in \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_,

tel. \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_

chiede a codesta Amministrazione di poter usufruire del Servizio Assistenza domiciliare contrassegnato:

ANZIANI;

INVALIDI CIVILI;

DISABILI

per \_l\_ Sig. \_\_\_\_\_, nat \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_, e residente a FONTE NUOVA

in \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, Tel. \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ C.R. \_\_\_\_\_

Medico di Base Dott. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

A conoscenza di quanto prescritto dagli artt. 46 e 47, del D.P.R. 28/12/2000, n° 445,

1. CHE IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE E' COSI' COMPOSTO (indicare tutti i conviventi):

NOME E COGNOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	GRADO PARENT.	OCCUPAZIONE

2. CHE I SEGUENTI COMPONENTI DEL NUCLEO FAMILIARE RISULTANO:

Sig. \_\_\_\_\_  I. C. \_\_\_\_\_%  con accomp.

DISABILE \_\_\_\_\_%

Sig. \_\_\_\_\_  I. C. \_\_\_\_\_%  con accomp.

DISABILE \_\_\_\_\_%

Sig. \_\_\_\_\_  I. C. \_\_\_\_\_%  con accomp.

DISABILE \_\_\_\_\_%

3. CHE LE PERSONE OBBLIGATE AGLI ALIMENTI AI SENSI DELL'ART. 433 DEL CODICE CIVILE SONO I SEGUENTI:

NOME E COGNOME	RELAZIONE PARENTELA	INDIRIZZO

\_\_1\_\_ sottoscritt\_\_ con la firma in calce alla presente dichiara:

- 1) di essere a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 24 Dicembre 2000, n° 445, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci;
- 2) di essere a disposizione in qualsiasi momento dell'Ufficio Servizi Sociali per ogni richiesta di notizie e eventuali visite e sopralluoghi a domicilio;
- 3) di impegnarsi a comunicare al suddetto qualsiasi variazione della situazione sopra descritta entro 20 giorni dal verificarsi della variazione medesima.

**IL RICHIEDENTE**

---