

All'Ufficio Servizi Sociali e Sanitari  
del Comune di

**CANICATTI'**

**ASSISTENZA ANZIANI E DISABILI- LEGGE 328/2000- Anno 2013**

Il /La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(in qualità di \_\_\_\_\_) nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in Canicatti via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_

**C H I E D E**

Di beneficiare del seguente servizio:

**Assistenza Domiciliare Anziani e Disabili**

Per il/ la Sig. \_\_\_\_\_ nat \_\_\_ a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente in Canicatti via \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_

Allega alla presente:

- Attestazione - ISEE - non superiore ad € 7.000,00 - redditi 2012;
- Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità, inoltre:

**Per gli anziani**

- Certificazione rilasciata dal medico curante, attestante il grado di non autosufficienza,  
**oppure**
- Certificazione sanitaria, rilasciata dalla Commissione Provinciale Ufficio invalidi Civili;

**Per i disabili**

- verbale Commissione Invalidi Civili;

Canicatti' li \_\_\_\_\_

Il richiedente

\_\_\_\_\_

Il/ la sottoscritto/a dichiara, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace, ai sensi dell'art.47 D.P.R.445 del 28 dicembre 2000:

non essere ricoverato presso strutture residenziali e semiresidenziali;

di essere ricoverato presso strutture residenziali e semiresidenziali;

non convivere, con un familiare e/o badante, ad eccezione del coniuge;

convivere, con un familiare e/ o badante, ad eccezione del coniuge;

non aver avuto il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento;

aver avuto il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento;

**dichiara**

altresì, CHE IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE È COSÌ COMPOSTO:

	cognome e nome	data di nascita	rapp. parentela
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____

Canicattì li \_\_\_\_\_

Firma  
\_\_\_\_\_