



dell'ASP di \_\_\_\_\_

che il destinatario per cui si chiede l'ammissione al servizio ha l'età di \_\_\_\_\_ anni (compiuti);

che il nucleo familiare del destinatario per cui si chiede il servizio è composto da n. \_\_\_\_\_ persone;

che la condizione familiare del beneficiario è la seguente (*barrare la voce che interessa*):

persona che vive sola

persona che vive sola con coniuge e/o figli non autosufficienti

persona che vive sola con figli residenti fuori del Comune

persona che vive sola con figli residenti nel Comune

persona che vive con coniuge e/o figli autosufficienti

**ALLEGA alla presente**

1) Attestazione ISEE del nucleo familiare relativo ai redditi percepiti nell'anno 2016;

2) Certificazione sanitaria del Medico di Medicina Generale attestante la situazione sanitaria e di non autosufficienza;

3) Fotocopia di un documento di identità in corso di validità;

4) Fotocopia di un documento di identità in corso di validità del soggetto per il quale si richiede l'assistenza;

5) Eventuale altra documentazione idonea ad attestare il possesso di ulteriori requisiti

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**AUTORIZZA**

il Comune di residenza ed il Comune di San Giovanni in Fiore al trattamento dei dati rilasciati, *esclusivamente* per l'espletamento del servizio di assistenza domiciliare, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" con le modalità indicate nell'Avviso pubblico.

\_\_\_\_\_  
(Luogo e data)

\_\_\_\_\_  
(Firma leggibile)



usufruisce di altri servizi di assistenza domiciliare erogati dal Servizio di Cure Domiciliari dell'ASP di \_\_\_\_\_;

che il destinatario per cui si chiede l'ammissione al servizio ha l'età di \_\_\_\_\_ anni (compiuti);

che il nucleo familiare del destinatario per cui si chiede il servizio è composto da n. \_\_\_\_\_ persone;

che lo *stato di salute* del beneficiario è il seguente:

persona portatore di handicap in situazione di gravità (art. 3, co. 3 legge 104/92)

persona portatore di handicap (art. 3, co. 1 legge 104/92)

persona invalida al 100% in attesa del riconoscimento di cui alla legge n. 104/92

altro (specificare) \_\_\_\_\_

che la *condizione familiare* del beneficiario è la seguente:

persona disabile che vive sola e senza figli

persona con coniuge entrambi disabili e senza figli

persona disabile che vive sola e con figli fuori comune

persona disabile con coniuge e senza figli

persona disabile con coniuge e con figli fuori comune

persona disabile che vive sola e con figli nel comune

persona disabile con coniuge e con figli nel comune

persona o coppia disabile coabitante con figli e/o parenti o affini

altro (specificare) \_\_\_\_\_

**ALLEGA alla presente**

1) Attestazione ISEE del nucleo familiare relativo ai redditi percepiti nell'anno 2016;

2) Certificazione sanitaria del Medico di Medicina Generale attestante la situazione sanitaria e di non autosufficienza

3) Verbal Commissioni Sanitarie (invalidità civile, L. n. 104/1992 e verbale di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento ovvero idonea certificazione sanitaria rilasciato da strutture del SSN);

4) Fotocopia di un documento di identità in corso di validità;

5) Fotocopia di un documento di identità in corso di validità del soggetto per il quale si richiede l'assistenza;

6) Eventuale altra documentazione idonea ad attestare il possesso di ulteriori requisiti

---

---

---

**AUTORIZZA**

il Comune di residenza ed il Comune di **San Giovanni in Fiore** al trattamento dei dati rilasciati, *esclusivamente* per l'espletamento del servizio di assistenza domiciliare, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" con le modalità indicate nell'Avviso pubblico.

---

*(Luogo e data)*

*(Firma leggibile)*