

- 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

- 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) _____

ALLEGA alla presente

- 1) Attestazione ISEE del nucleo;
- 2) Certificazione sanitaria del Medico di Medicina Generale attestante la situazione sanitaria e di non autosufficienza;
- 3) Verbali 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)