

**AL SIGNOR SINDACO
DEL COMUNE DI SAN PIERO PATTI**

OGGETTO: RICHIESTA ASSISTENZA DOMICILIARE

Sottoscritt _____ nat _____ a _____ il _____
cod. fis. _____ residente e/o domiciliato in San Piero Patti in via/c/da _____
_____ n° _____
N. tel. _____

CHIEDE

- ☐ Alla S.S. di essere ammess _____ a fruire dell'assistenza di cui all'oggetto;
- ☐ Alla S.S. di ammettere alla fruizione dell'assistenza di cui all'oggetto il proprio familiare (specificare):

_____ nat _____ il _____ a _____
residente e/o domiciliato a San Piero Patti in via/c/da _____ n° _____
n. di tel. _____
per le seguenti prestazioni:

- ☐ Aiuto domestico
- ☐ Aiuto e cura della persona
- ☐ Disbrigo pratiche e sostegno psicologico
- ☐ Assistenza infermieristica

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso in atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000

DICHIARA

- ☐ Di essere residente e/o domiciliato nel Comune di San Piero Patti;
- ☐ Che il proprio Medico di Base è il Dr. _____
- ☐ Di essere invalido civile al _____ %
- ☐ Di percepire Indennità di Accompagnamento
- ☐ Familiare di riferimento _____

Grado di parentela _____ n. tel. _____
☐ Di acconsentire al trattamento dei dati personali, ai sensi del d.lgs. 196/2003 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679);

Allega i seguenti documenti:

- ☐ Attestazione ISEE
- ☐ Certificato del medico curante
- ☐ Fotocopia documento di riconoscimento

San Piero Patti li, _____ Il/La Richiedente _____