

MODULO DOMANDA SERVIZI ASSISTENZA DOMICILIARE MEDIANTE VOUCHER – BUONI DI SERVIZIO

Al Signor Sindaco del Comune di **Fiumefreddo di Sicilia**
e al Resp.le del 4° Servizio

Il/la sottoscritt _ _____ nato a _____

Il _____ residente a _____

Via _____ n°_ Codice Fiscale _____

Tel. _____

CHIEDE

per se

in qualità di ° incaricato della tutela, ° amministratore di sostegno, ° titolare della potestà genitoriale,
° familiare di riferimento (indicare di seguito di seguito il rapporto di _____

per il/la sig._ _____ nato a _____ il _____

residente a Fiumefreddo di Sicilia in via _____

Tel. _____ Codice Fiscale _____

l'erogazione del Servizio Domiciliare erogato dal Comune di Fiumefreddo di Sicilia mediante voucher – buoni di servizio per:

Disabili

Anziani

A tal fine, consapevole di incorrere in sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28.12.2000, e che l'Amministrazione Comunale effettuerà controlli anche a campione sulle dichiarazioni rilasciate dagli interessati, verificando la veridicità dei dati in esse contenuti. Ferma restando la responsabilità penale, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, si applicherà la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art.75 D.P.R. 445 del 28.12.2000).

dichiara che il nucleo familiare dell'anziano / disabile è composto nel seguente modo:

Cognome	Nome	Data di nascita	Luogo di nascita

Allega alla presente:

- Dichiarazione ISEE del nucleo familiare o del solo destinatario del servizio , in corso di validità.

- Copia del certificato che attesti l'handicap permanente grave, di cui all'art. 3 comma 3 della Legge 104/92 o, per gli ultrasessantacinquenni, qualora non siano in possesso del suddetto requisito, copia del verbale rilasciato dalla Commissione Medica per l'accertamento dell'Invalidità Civile che attesti la condizione di non autosufficienza.

- Copia, se in possesso, di documentazione sanitaria recente attestante la patologia e le condizioni psico-fisiche in cui la persona si trova.

- Copia di un valido documento di identità.