

**Citta'di Albano Laziale
Servizi Sociali**

_____ SOTTOSCRITT _____

CHIEDE

per se stesso

per il proprio familiare

(Nome e Cognome del familiare _____)

NAT. A _____ IL _____

RESIDENTE A _____ VIA/PIAZZA _____

TEL. _____ CELL. _____

DI POTER USUFRUIRE DEL SERVIZIO DI

ASSISTENZA DOMICILIARE ANZIANI

ASSISTENZA DOMICILIARE HANDICAP

ALLEGA ALLA PRESENTE DOMANDA:

- autocertificazione delle generalità dei componenti del nucleo familiare di convivenza;
- attestazione I.S.E.E e la relativa dichiarazione sostitutiva che l'ha prodotta;
- certificato medico attestante la malattia o l'invalidità che comporta la parziale o totale perdita dell'autosufficienza del richiedente;
- fotocopia del verbale della commissione per l'accertamento dell'invalidità (se invalido civile)
- Altro _____

In casi di temporanea impossibilità ad accogliere questa richiesta, chiede di essere inserito nella lista di attesa del servizio.

In base alle vigenti soglie ISEE, mi impegno all'eventuale corresponsione della quota di compartecipazione alla spesa per il Servizio di Assistenza Domiciliare.

Ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003 autorizza la raccolta dei presenti dati per il procedimento in corso.

_____, li _____
(luogo) (data) (firma)