

## AI SERVIZI SOCIALI DEL COMUNE DI \_\_\_\_\_

### DOMANDA PER L'AMMISSIONE AL SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE DIRETTA PER PERSONE AFFETTE DA PATOLOGIA DI ALZHEIMER RESIDENTI NELL'AMBITO TERRITORIALE DELLA Roma 6

(Da presentare presso il rispettivo Ufficio Protocollo del Comune di residenza dell'Ambito territoriale Roma 6)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_

In qualità di:

-familiare

. tutore

. curatore

. amministratore di sostegno

Del/della sig./sig.ra \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

### CHIEDE

Di essere ammesso al servizio:

- Assistenza Domiciliare Diretta per persone affette da patologia di Alzheimer

A tale fine consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità e delle possibilità di controllo da parte dell'Amministrazione Comunale, ai sensi e per gli effetti degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, pena l'esclusione

### DICHIARA

(barrare le caselle d'interesse)

Di essere in possesso della certificazione di malattia rilasciata dalle U.V.A. del territorio nazionale e di essere in possesso della valutazione nel Clinical Demential Rating Scale con un punteggio da 0 a 3 e comunque non uguale o superiore a 4.

### DICHIARA INOLTRE

Che il valore ISEE dell'intero nucleo familiare in corso di validità è pari ad € \_\_\_\_\_

**Allega alla presente pena esclusione:**

- 1) copia di documento di identità del Richiedente/Dichiarante e della persona interessata al beneficio, in corso di validità;
- 2) Copia del modello ISEE e della relativa dichiarazione sostitutiva unica dell'intero nucleo familiare in corso di validità;
- 3) Copia della certificazione di malattia rilasciata dalle U.V.A. del territorio nazionale e da tutti i servizi accreditati;
- 4) Valutazione del Clinical Demential Rating Scale con un punteggio da 0 a 3.

La sig.ra / il sig. \_\_\_\_\_

Autorizza il Servizio Sociale del Comune di \_\_\_\_\_  
al trattamento dei dati rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di attivazione del servizio in oggetto della presente modulistica, ai sensi del D.Lgs n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive modificazioni e integrazioni.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

LUOGO E DATA

IL RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_