

ALL' UFFICIO DI PIANO
DEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 1 ROMA 4

C/O IL COMUNE DI _____

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (__) il _____ e residente a _____
in via/piazza _____ n. ____ C. F. _____
tel. _____ cell. _____

CHIEDE

per se stesso/a;

per il/la sig./ra _____

nato/a a _____ (__) il _____ e residente a _____
in via/piazza _____ n. ____
C. F. _____ tel. _____ cell. _____
in qualità di _____

CHIEDE

di accedere alle prestazioni di **Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)**.

A TAL FINE DICHIARA

PROT. INPS-ISEE-

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

di vivere solo;

di convivere con le seguenti persone:

N.	Cognome e nome	Grado di parentela	Data di nascita
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

- che nel proprio nucleo è presente la figura del badante/ assistente alla persona;
- di usufruire dell'indennità di accompagnamento;
- di non usufruire dell'indennità di accompagnamento
- di essere in carico al CAD (Centro di Assistenza Domiciliare) della ASL territoriale.

SI IMPEGNA A

comunicare per iscritto al Servizio Sociale Professionale ogni variazione riguardante situazioni personali e/o familiari, che modifichino le dichiarazioni rese nella presente domanda, nonché eventuali rinunce al servizio o sospensioni temporanee.

ALLEGA

alla presente domanda:

- copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità della persona che sottoscrive l'istanza;
- Copia del verbale della Commissione Sanitaria per Invalidità Civile e/o certificato medico attestante la situazione sanitaria del richiedente e di eventuali conviventi se malati.

Si ricorda che il rilascio di dichiarazioni non veritiere è punito con sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000.

(Cognome e nome) _____
autorizza il Servizio Sociale del Comune di _____ al trattamento dei dati rilasciati *esclusivamente* per l'espletamento della procedura di **Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)**, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679

Firma del beneficiario o del familiare
