

- Di vivere solo;
- Che il nucleo di convivenza familiare è così composto:

NOME E COGNOME	GRADO DI PARENTELA	PRESENZA DI FAMILIARI DISABILI O ANZIANI

Altresì CHIEDE

(Indicare uno o più servizi richiesti)

- attività di aiuto alla persona nello svolgimento delle normali attività quotidiane;
- attività di aiuto nel disbrigo di pratiche sanitarie e/o amministrative, acquisto generi alimentari e farmaci all'interno del proprio comune di residenza;
- interventi sull'ambiente di vita: interventi di pulizia ordinaria dell'alloggio con particolare riguardo ai servizi igienici, alla stanza da letto e alla cucina;

Si allega alla presente:

- Copia documento di identità in corso di validità del richiedente e del beneficiario;
- Certificato d'invalidità o certificazione ai sensi della L. 104/92;
- Attestazione ISEE 2024 in corso di validità.

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere consapevole delle responsabilità e delle conseguenze di natura civile e penale previste in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi, anche ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 ed è consapevole, altresì, che qualora si accerti la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, decadrà dal beneficio in oggetto. Il Comune di residenza e il D.S.S.n. 41 trattano i dati personali nel rispetto del Regolamento Europeo per la Protezione dei dati personali (UE) GDPR 2016/679, del D.Lgs n. 196 del 30/06/2003 e s.m.i.

Il/La sottoscritto/a interessato/a, con la firma apposta alla presente autorizza al trattamento dei dati personali per le finalità connesse con la richiesta.

Data e luogo _____

IL RICHIEDENTE _____