

AI SERVIZI SOCIALI DEL COMUNE DI PRAIANO

OGGETTO: Domanda per l'accesso al servizio di assistenza personalizzata di tipo domiciliare di persone disabili (A.D.H.)

___l___ sottoscritt _____

nat_a _____ (_____) il _____

residente nel Comune di _____ alla via _____

codice fiscale _____ tel. _____

in qualità di _____ (indicare se utente direttamente interessato, o, se altro soggetto, esplicitare il tipo di legame esistente con la persona in situazione di handicap)

CHIEDE

di usufruire del servizio di Assistenza personalizzata domiciliare per sé o per il diretto interessato

Sig./Sig.ra _____

nat_a _____ (_____) il _____ e residente nel Comune

di _____ alla via _____ n. _____

codice fiscale _____ tel. _____

- Diagnosi rilasciata dalle autorità sanitarie: _____

- Grado di invalidità assegnato: _____%

- Nominativo del medico di base: _____

A tal fine, ai sensi e per gli effetti del DPR n. 445/00 e pienamente consapevole delle conseguenze, anche penali, previste per dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

- che il soggetto per cui si richiede l'assistenza domiciliare è stato riconosciuto dalla competente Commissione medica "affetto da seria compromissione dell'autonomia personale, ex art 3, comma 3, della Legge n. 104/92" oppure "invalido al 100% con minorazione/i tali da aver diritto all'indennità di accompagnamento";
- che il nucleo familiare di cui fa parte il disabile per cui si chiede l'assistenza è così composto:

Nome e Cognome	Data e luogo di nascita	Professione	Codice Fiscale

