



COMUNE DI SAN MARZANO SUL SARNO
PROVINCIA DI SALERNO

**Al Sindaco del Comune di
San Marzano sul Sarno**

MODULO RICHIESTA ASSISTENZA DOMICILIARE

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il ____/____/____

Residente in San Marzano sul Sarno alla via _____ n. _____

C.F. _____ Tel ____/____

PER SE STESSO

PER IL SIG./LA SIG.RA _____

nato/a a _____ il ____/____/____

Residente in San Marzano sul Sarno alla via _____ n. _____

C.F. _____ Tel ____/____

di poter usufruire del servizio di assistenza domiciliare in quanto appartenente ad una delle seguenti condizioni:

- ANZIANO ULTRASESSANTACINQUENNE A RISCHI FRAGILITÀ;
- ANZIANO FRAGILE SOLO PRIVO DI UNA RETE FAMILIARE;
- ANZIANO NON AUTOSUFFICIENTE IN ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI);
- ANZIANO PARZIALMENTE NON AUTOSUFFICIENTE;
- ANZIANO NON AUTOSUFFICIENTE IN CONDIZIONE DI GRAVITÀ DI ETÀ INFERIORE A 65 ANNI;
- DISABILI, PSICHICI E SENSORIALI.



COMUNE DI SAN MARZANO SUL SARNO
PROVINCIA DI SALERNO

A tal fine si allega alla presente

1. fotocopia di un documento di identità in corso di validità del richiedente, (nel caso in cui la richiesta venga effettuata da delegato, allegare documento di identità di entrambi i richiedenti in corso di validità;
2. fotocopia del codice fiscale;
3. attestazione ISEE riferito ai redditi 2013;
4. eventuale certificazione di invalidità rilasciato dalla competente commissione ASL;

La presente sottoscrizione vale anche per accettazione del Regolamento di accesso alle prestazioni assistenziali, per autorizzazione al trattamento dei dati personali, per assunzione di responsabilità in caso di dichiarazioni mendaci e come impegno a comunicare ogni cambiamento che dovesse comportare variazioni nel diritto al beneficio dell'assistenza domiciliare.

San Marzano sul Sarno_____

Firma
