

Allegato A

Al Distretto Socio - Sanitario

Ambito Territoriale  
di San Marco Argentano

Al Comune di \_\_\_\_\_  
Servizi Sociali

**OGGETTO: D.G.R. 464/2015. INTERVENTI E SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI  
IN FAVORE DI PERSONE CON DISABILITA' E/O NON AUTOSUFFICIENTI AL  
DI SOTTO dei 65 ANNI.**

**Il Sottoscritto**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ provincia (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ provincia (\_\_\_\_) cap \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

in qualità di diretto interessato

in qualità di tutore

indicare estremi del provvedimento di nomina: \_\_\_\_\_

in qualità di amministratore di sostegno

indicare estremi del provvedimento di nomina: \_\_\_\_\_

in qualità di procuratore

(SOLO nel caso la procura lo preveda: in questo caso è necessario allegare l'atto di procura generale notarile)

***Nel caso in cui la persona affetta da disabilità sia un minore :***

in qualità di genitore esercente la potestà genitoriale in via esclusiva

in qualità di genitore esercente la potestà genitoriale in modo congiunto:

madre \_\_\_\_\_ (nome e cognome)

padre \_\_\_\_\_ (nome e cognome)

Nel caso in cui la persona affetta da \_\_\_\_\_ disabilità sia temporaneamente impedita a presentare la domanda:

in qualità di coniuge o, in sua assenza, figlio, o in mancanza di questi, altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado (indicare relazione di parentela \_\_\_\_\_)

(N.B. in questo caso è necessario rendere una dichiarazione ai sensi dell' art.4 D.P.R.445/2000)  
**del/la Sig./sig.ra in qualità di persona affetta da disabilità :**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ provincia (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ provincia (\_\_\_\_) cap \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

## CHIEDE

Il riconoscimento di **Interventi E/O Servizi Socio-Assistenziali.**

Al fine del riconoscimento della misura, ai sensi degli artt.46 e 47 del DPR 445 del 28.12.2000 e consapevole delle sanzioni penali previste in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti sulla base di dichiarazioni non veritiere (art.75 e art.76 de] D.P.R. 445/2000), sotto la propria responsabilità

## DICHIARA

1. Che la persona affetta da disabilità è residente nel Comune di \_\_\_\_\_  
facente parte del Distretto Socio-Sanitario Ambito Territoriale di San Marco Argentano  
comprendente i Comuni di: San Marco Argentano – Cervicati – Fagnano Castello – Malvito -  
Mongrassano – Mottafollone - Roggiano Gravina – S. Agata d' Esaro – Santa Caterina Albanese-  
San Donato di Ninea – San Lorenzo del Vallo – San Sosti – Spezzano Albanese – Tarsia-  
Terranova da Sibari;

2. Che la persona è affetta da disabilità di seguito riportata:

\_\_\_\_\_

(indicare la patologia che comporta la disabilità)

in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

3. Che la persona affetta da disabilità è assistita da uno o più familiari care-giver come di seguito elencati:

### **Familiare 1:**

[ ] Convivente

[ ] Non convivente

Grado di parentela \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ provincia (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ provincia (\_\_\_\_) cap \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

**Familiare 2:**

Convivente

Non convivente

Grado di parentela \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ provincia (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ provincia (\_\_\_\_) cap \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

4. Di impegnarsi, qualora la presente richiesta di attivazione **Interventi e Servizi Socio-Assistenziali** venga accolta, a comunicare tempestivamente all'Ufficio di Piano del Comune di San Marco Argentano o all' Ufficio Servizi Sociali del Comune di residenza, qualunque fatto che implichi la sospensione o l'interruzione del servizio (per maggiori informazioni, fare riferimento all'allegato della domanda);

6. Di essere a conoscenza dei criteri previsti per il riconoscimento **Interventi e Servizi Socio-Assistenziali**, di cui alla D.G.R. 464/2015.

7. Di essere a conoscenza che le prestazioni saranno erogate dopo formulazione di apposita graduatoria delle istanze pervenute;

8. Di essere a conoscenza che le prestazioni saranno erogate dopo opportuna valutazione dei singoli casi attraverso la definizione dei Piani di Assistenza Individualizzati (P.A.I).

9. Di aver preso visione dell'informativa all'utenza e di esprimere il proprio consenso affinché i dati personali forniti possono essere trattati nel rispetto del Decreto Legislativo n.196 del 30.06.2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

### ALLEGA

- Copia del documento d'identità e del codice fiscale della persona affetta da disabilità;
- Copia del documento di identità del dichiarante (se diverse dalla persona affetta da disabilità);
- In caso di cittadino non comunitario copia permesso di soggiorno in corso di validità;
- Eventuale atto di procura generale notarile, qualora necessario;
- ISEE in corso di validità dell'assistito;
- Documentazione sanitaria: certificato del medico di base attestante lo stato di non autosufficienza, e/o SVAMA e/o certificato di invalidità ed ogni altra documentazione sanitaria ritenuta utile;
- Verbale di accertamento dell'handicap Legge 104/92.

Luogo e data Firma

---

(firma del dichiarante)

---

(firma del genitore esercente la potestà genitoriale)

---

