

ISTANZA PER L'ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI TELESOCORSO

AI SERVIZI SOCIALI DEL
COMUNE DI VALGUARNERA CAROPEPE

Il/la Sottoscritto/a _____, nato/a a _____ (____),
il ____/____/____, residente a _____ in Via _____ n.____
Codice Fiscale _____ Recapito Telefonico _____

CHIEDE

L'attivazione del servizio di TELESOCORSO presso l'abitazione al sopra indicato indirizzo.

A tal fine, pienamente consapevole della responsabilità penale nella quale può incorrere in caso di dichiarazione falsa o comunque non corrispondente al vero, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, ed altresì a conoscenza della prevista comminatoria di decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. n.445/2000,

DICHIARA

DI APPARTENERE ad una, o più di una, delle categorie sotto elencate (barrare le voci interessate)

- ultra sessantacinquenni autosufficienti, che vivono soli o in coppia unicamente con altro ultra sessantacinquenne;
- ultra sessantacinquenni non autosufficienti e/o disabili;
- adulti, non ultra sessantacinquenni, portatori di patologie conclamate ad alto rischio sanitario (cardiopatici, asmatici, diabetici, dializzati, disabilità motoria e/o sensoriale, inabilità permanente, ecc.) che vivono soli o, in caso di coniuge o familiare convivente, che restano soli, per inderogabili esigenze, almeno quattro ore nell'arco della giornata;

In caso di necessità, si prega di contattare le seguenti persone:

Cognome e Nome	Grado di parentela	Recapito telefonico

Il/la sottoscritto/a autorizza, ai sensi del D.lgs 196/2003, il trattamento dei dati personali.

Si allega alla presente:

- 1) Copia documento di riconoscimento in corso di validità;
- 2) attestazione indicatore I.S.E.E. in corso di validità;
- 3) Ogni documento attestante la presenza di patologia e/o lo stato di disabilità/inabilità/non autosufficienza ed utile ai fini di valutazione dell'istanza.

Valguarnera Caropepe, li _____

FIRMA
