

AZIENDA CONSORTILE DEI SERVIZI SOCIALI A.C.C.C Ambito N19
Ufficio Di Piano Via Don Luigi Sturzo N° 12 - 80021 Afragola (Na)
REGIONE CAMPANIA
C.F. 09561061210
PEC: aziendaconsortileaccc@pec.it
Email: aziendaconsortileaccc@gmail.com

Spett.le Azienda Consortile dei Servizi Sociali A.C.C.C.

DOMANDA DI ATTIVAZIONE SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE

Il/la sottoscritto/a _____
COGNOME NOME COFICE FISCALE

Nato/a a _____ il _____ residente a _____
COMUNE O STATO ESTERO GG / MM / AAAA

in via _____ Tel. _____

con domicilio in _____ Tel. _____

(se cittadino non italiano o non comunitario allegare regolare documentazione per il soggiorno)

CHIEDE

PER SE'

Per il/la sig./ra _____
COGNOME NOME COFICE FISCALE

Nato/a a _____ il _____ residente a _____
COMUNE O STATO ESTERO GG / MM / AAAA

in via _____ Tel. _____

con domicilio in _____ Tel. _____

(se cittadino non italiano o non comunitario allegare regolare documentazione per il soggiorno)

1) L'ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO-ASSISTENZIALE PER

- Minori Disabili (0-18 anni)
 Adulti Disabili (19-64 anni)
 Anziani (dal compimento del 65°anno di età)

2) L'ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA PER

- Minori Disabili (0-18 anni)
 Adulti Disabili (19-64 anni)
 Anziani (dal compimento del 65°anno di età)

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28.12.2000

DICHIARA

che il destinatario dell'intervento è portatore di handicap permanente grave, di cui all'art. 3 comma 3 della

SPAZIO DISPONIBILE PER EVENTUALI NOTE

Allega alla presente richiesta:

- copia dell'attestazione ISEE in corso di validità;
- documentazione per il soggiorno (solo per cittadino non italiano o non comunitario)
- copia documentazione attestante l'invalidità
- copia documento di riconoscimento del dichiarante in corso di validità
- copia documento di riconoscimento del beneficiario in corso di validità
- altro _____

specificare

Firma dell'operatore che riceve la domanda

Firma del dichiarante

Dichiarazione resa ai sensi del D.Lgs.n. 196 del 2003 concernente la "tutela della persona rispetto al trattamento dei dati personali", ad autorizzare l'istituzione per i Servizi Sociali a trattare, nei limiti previsti dalla legge, i miei dati personali, compresi quelli sensibili;

li, _____

Firma del dichiarante

Firma dell'operatore che riceve la domanda
