

Al Sig. SINDACO
del Comune di
MOLFETTA

OGGETTO: Richiesta di ammissione al Servizio di Assistenza Domiciliare in favore di pensionati INPDAP . Progetto "HOME CARE PREMIUM".

Il/la sottoscritt _____ C.F. _____
nat_____ a _____ il _____ e residente a Molfetta in via
_____ Tel. _____, titolare di pensione INPDAP
n. _____ Tel.figlio/a _____

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n.445 del 28.12.2000.

CHIEDE

di poter usufruire degli interventi di Assistenza Domiciliare di seguito contrassegnati:

- Aiuto per il governo e la pulizia dell'alloggio
- Lavaggio della biancheria a domicilio
- Aiuto per la spesa
- Preparazione pasti caldi a domicilio
- Aiuto per disbrigo di pratiche amministrative, per visite mediche o altre necessità
- Interventi atti a favorire la socializzazione degli utenti e la loro partecipazione ad attività ricreative-culturali
- Aiuto delle attività igienico - sanitarie della persona su se stessa
- Prescrizione e approvvigionamento farmaci
- Telesoccorso
- Altro.....

Allega alla presente:

- Copia del cedolino di pensione diretta, indiretta o di reversibilità INPDAP;
- Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà attestante la residenza nel Comune di Molfetta e la composizione del nucleo familiare;
- Copia Verbali Commissioni Sanitarie (Invalidità Civile, L. n. 104, ecc.);
- ISEE del nucleo familiare di riferimento.

Dichiaro di non essere beneficiario, alla data di avvio del progetto, di alcuna altra prestazione assistenziale pubblica.

Dichiaro inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 della Legge 675/96 che i dati personali saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Con Osservanza

(FIRMA)

Molfetta, li _____