

**DOMANDA DI INSERIMENTO NEI PROGRAMMI DI ASSISTENZA DOMICILIARE  
SOCIALE (ADS) IN FAVORE DI PERSONE ANZIANE**

**Al Dirigente Responsabile  
dell'Ufficio di Piano  
LECCE**

**OGGETTO: interventi di assistenza domiciliare sociale a favore di persone anziane finalizzate a favorire la permanenza nell'ambiente familiare**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ domiciliato/a a  
\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, Codice Fiscale  
\_\_\_\_\_ n. tel. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

per se stesso

in qualità di \_\_\_\_\_ del sig./sig.ra \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

domiciliato/a a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ n. tel. \_\_\_\_\_

di partecipare all'avviso pubblico per

**Servizio di Assistenza Domiciliare Sociale a favore di persone anziane (ADS)**

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità ai sensi del DPR 445/2000:

- a) che il destinatario del beneficio ha l'età di \_\_\_\_\_ (anni compiuti);
- b) che lo stesso vive da solo;
- c) che nel proprio nucleo familiare vi è la presenza di una o più persone con disabilità;
- d) che lo stesso risiede continuativamente da almeno un anno in uno dei Comuni dell'Ambito LE/1;
- e) che lo stesso presenta grave limitazione dell'autonomia per lo svolgimento degli ordinari atti della vita quotidiana;
- f) che lo stesso è stato riconosciuto invalido civile al 100 %;
- g) che lo stesso ha in corso pratica di riconoscimento dell'invalidità civile;

**SI ALLEGA:**

1. Eventuale Copia del verbale di Invalidità Civile rilasciato dalla competente Commissione Medica e/o copia della domanda per l'accertamento dell'invalidità presentata alla Commissione Medica
2. attestazione ISEE del nucleo familiare;
3. autocertificazione dei proventi ad ogni titoli percepiti dal soggetto per il quale si richiede l'intervento;
4. Copia del documento di riconoscimento e del codice fiscale del beneficiario e del richiedente il corso di validità
5. S.V.A.M.A. Sociale a cura dell'Assistente Sociale del Comune di residenza;

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazioni mendaci, così come stabilito dal DPR n. 445/2000, dichiara sotto la propria responsabilità, che quanto sopra affermato corrisponde a verità.

Il Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

**Autorizza** l'Ambito Territoriale al trattamento dei dati rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di attivazione del contributo economico in parola, ai sensi del D.Legs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive integrazioni.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_