Al Comune di _____

l_ sottoscritt_ _____ nat_ a _____

il _____ residente a _____ in via _____

_____ n. _____ tel. _____

CHIEDE

Il Servizio di Assistenza Domiciliare Anziani (fondi PAC):

Per sé;

Per _____ nato_ a _____

il _____ residente a _____ in via _____

_____ n. _____ tel. _____ C.F.: _____

Al tal scopo dichiara, sotto la propria responsabilità:

- che il beneficiario ha un'età non inferiore ai 65 anni;
- che i componenti del nucleo familiare del beneficiario anche non conviventi sono:

Cognome e nome	Data di nascita	Grado di parentela	Attività

Allega alla presente:

- Dichiarazione Sostitutiva Unica, completa di attestazione ISEE del nucleo familiare in corso di validità;
- Documentazione sanitaria: certificato medico di base attestante lo stato di non autosufficienza e/o documentazione sanitaria utile a dimostrare la non autosufficienza;
- Documento di riconoscimento valido e tessera sanitaria.
- Altro _____

Melilli _____

Firma _____

l_ sottoscritt_ , consapevole delle conseguenze civili e penali previste, per coloro che rendono dichiarazioni false, dall'art. 26, comma 1°, legge 15/68, dichiara sotto la propria responsabilità, che le dichiarazioni fornite corrispondono al vero e di essere a conoscenza che, in caso di notizie false, è soggetto all'art. 496 del C.P.