

Email _____.

Stato civile:

Celibe/Nubile

Coniugato/a

Unioni civile

Convivente

Separato / Divorziato

Vedovo/a

Invalidità _____ %

Indennità di accompagnamento: _____

Medico di base: MMG _____

DICHIARA☐ Che il proprio nucleo familiare è composto come di seguito indicato:

Nome e Cognome	Luogo di nascita	Data di nascita	Rapporto di parentela	Professione

☐ di non beneficiare di alcun intervento a carattere socioassistenziale;☐ di beneficiare dei seguenti interventi a carattere socio-assistenziale:

Tipologia intervento	Giorni in cui si svolge l'intervento	Totale ore settimanali
	☐ lun ☐ mar ☐ mer ☐ gio ☐ ven	
	☐ lun ☐ mar ☐ mer ☐ gio ☐ ven	
	☐ lun ☐ mar ☐ mer ☐ gio ☐ ven	
	☐ lun ☐ mar ☐ mer ☐ gio ☐ ven	

☐ di aver preso visione dell'avviso pubblico per l'accesso ai Percorsi per l'Autonomia e la vita indipendente.

Il/la sottoscritto/a **si impegna** a:

- ☐ comunicare tempestivamente ogni variazione riguardante le suddette dichiarazioni;
- ☐ collaborare con i servizi territoriali, sociali e sanitari, per la valutazione della propria situazione sociosanitaria e la condivisione di un progetto individuale.

CHIEDE

La presa in carico per l'ACCESSO ai Percorsi per l'Autonomia e la vita indipendente.

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000

Il sottoscritto è consapevole del fatto che, ai sensi dell'art. 76 del DPR n°445/2000, in caso di mendace dichiarazione verranno applicate nei suoi riguardi le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia di falsità negli atti, oltre alle conseguenze amministrative previste per le procedure relative agli appalti di servizi, forniture, lavori.

Data _____

Firma _____

Allega:

- ☐ copia di un documento di identità in corso di validità, del richiedente e destinatario qualora diverso dal sottoscrittore;
- ☐ copia tessera sanitaria in corso di validità, del richiedente e destinatario qualora diverso dal sottoscrittore;
- ☐ copia del decreto di nomina dell'Amministratore di sostegno o di altra forma di tutela;
- ☐ attestazione ISEE in corso di validità;
- ☐ informativa e consenso (all. D);
- ☐ per i destinatari di cui alla lettera b) art. 1 dell'Avviso, attestazione della certificazione di cui alla legge 104/92 e/o invalidità civile ai sensi della Legge 118/1971;
- ☐ per i destinatari di cui alla lettera c) art. 1 dell'Avviso, attestazione della certificazione di cui alla legge 68/1999;
- ☐ per i destinatari di cui alla lettera d) di cui all'art.1 dell'Avviso, certificazione rilasciata dallo specialista del servizio pubblico o convenzionato che ne detiene la presa in carico;
- ☐ eventuale relazione medica aggiornata, redatta dal Medico Specialista di riferimento o dal Medico di Medicina Generale, inerente alla situazione sanitaria complessiva (diagnosi, presenza di ulteriori patologie oltre la principale, ecc.);

Data _____

Firma _____