



COMUNE DI FONTE NUOVA
Provincia di Roma

ISTITUZIONE PER IL SOCIALE

**AL DIRETTORE
DELL'ISTITUZIONE PER IL SOCIALE
DEL COMUNE DI FONTE NUOVA
VIA . MACHIAVELLI, N. 1
00010 FONTE NUOVA (RM)**

OGGETTO: Richiesta assistenza domiciliare per anziani, invalidi e disabili.

l sottoscritt _____ nat __ il _____

a _____ e residente a _____ in via _____

_____, n° _____, tel. _____

mail _____ in qualità di _____

**chiede a codesta Amministrazione di poter usufruire del Servizio Assistenza domiciliare
contrassegnato:**

- ANZIANI;
- INVALIDI CIVILI;
- DISABILI

per _l_ Sig. _____ Cognome _____ Nome _____,

cittadinanza _____ nat ____ il _____ a _____,

e residente a FONTE NUOVA in via _____ n. _____,

Tel. _____ C.F. _____

Medico di Base Dott. _____ Tel. _____

Titolo di studio _____

STATO CIVILE celibe/nubile coniugato/a convivente more uxorio

vedovo/a separato/a di fatto separato legalmente divorziato/a

Il presente documento è indirizzato solamente alle persone indicate. Esso deve considerarsi come confidenziale e potrebbe contenere informazioni tutelate dalla L. 196/2003. E' assolutamente vietato a coloro che non ne siano autorizzati a prenderne visione, divulgare o utilizzare in qualunque modo le informazioni contenute. Se avete ricevuto il presente documento per errore, Vi preghiamo di distruggerlo subito e di avvertirci al numero di telefono 06/905522431-436-435.

Sede Uffici Servizi Sociali via Machiavelli,1 -00010-Fonte Nuova (RM)

Tel 06905522436- Fax 069063711



COMUNE DI FONTE NUOVA
Provincia di Roma
ISTITUZIONE PER IL SOCIALE

DICHIARA

A conoscenza di quanto prescritto dagli artt. 46 e 47, del D.P.R. 28/12/2000, n° 445,

1. CHE IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE E' COSI' COMPOSTO (indicare tutti i conviventi):

NOME E COGNOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	OCCUPAZIONE	RESIDENZA E TELEFONO

2. CHE I SEGUENTI COMPONENTI DEL NUCLEO FAMILIARE RISULTANO:

Sig. _____

I. C. _____% con accomp.

DISABILE _L.104/92 art____comma ____

minore indennità di frequenza (€_____)

Sig. _____

I. C. _____% con accomp.

DISABILE _L.104/92 art____comma ____

minore indennità di frequenza (€_____)

Sig. _____

I. C. _____% con accomp.

DISABILE _L.104/92 art____comma ____

minore indennità di frequenza (€_____)

Sig. _____

HA PRESENTATO DOMANDA di:

- invalidità civile
- riconoscimento disabilità legge 104/92

Il presente documento è indirizzato solamente alle persone indicate. Esso deve considerarsi come confidenziale e potrebbe contenere informazioni tutelate dalla L. 196/2003. E' assolutamente vietato a coloro che non ne siano autorizzati a prenderne visione, divulgare o utilizzare in qualunque modo le informazioni contenute. Se avete ricevuto il presente documento per errore, Vi preghiamo di distruggerlo subito e di avvertirci al numero di telefono 06/905522431-436-435.

Sede Uffici Servizi Sociali via Machiavelli,1 -00010-Fonte Nuova (RM)

Tel 06905522436- Fax 069063711



COMUNE DI FONTE NUOVA
Provincia di Roma

ISTITUZIONE PER IL SOCIALE

3. CHE LE PERSONE OBBLIGATE AGLI ALIMENTI AI SENSI DELL'ART. 433 DEL CODICE CIVILE SONO I SEGUENTI:

NOME E COGNOME	RELAZIONE PARENTELA	INDIRIZZO

Documentazione da allegare:

- copia del documento d'identità del richiedente
- copia del documento d'identità del beneficiario
- certificazione attestante l'invalidità
- certificazione ISEE del nucleo familiare

__l__ sottoscritt__ con la firma in calce alla presente dichiara:

di essere a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 24 Dicembre 2000, n° 445, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci;

di essere a disposizione in qualsiasi momento dell'Ufficio Servizi Sociali per ogni richiesta di notizie e eventuali visite e sopralluoghi a domicilio;

di impegnarsi a comunicare al suddetto qualsiasi variazione della situazione sopra descritta entro 20 giorni dal verificarsi della variazione medesima.

IL RICHIEDENTE

Il presente documento è indirizzato solamente alle persone indicate. Esso deve considerarsi come confidenziale e potrebbe contenere informazioni tutelate dalla L. 196/2003. E' assolutamente vietato a coloro che non ne siano autorizzati a prenderne visione, divulgare o utilizzare in qualunque modo le informazioni contenute. Se avete ricevuto il presente documento per errore, Vi preghiamo di distruggerlo subito e di avvertirci al numero di telefono 06/905522431-436-435.

Sede Uffici Servizi Sociali via Machiavelli,1 -00010-Fonte Nuova (RM)

Tel 06905522436- Fax 069063711