

**AL COMUNE DI LAMEZIA TERME
SETTORE SERVIZI ALLA PERSONA
UFFICIO DI PIANO
pec: protocollo@pec.comunelameziaterme.it**

**e p.c. Al Comune di Residenza
pec**

OGGETTO: domanda di partecipazione all'avviso pubblico per l'accesso al Servizio di Assistenza Domiciliare per soggetti non autosufficienti - annualità 2026

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____, Codice Fiscale _____
_____, residente a _____
prov. _____, alla via _____
C.A.P. _____ numero di telefono .
indirizzo mail _____,
pec (non obbligatoria) _____

in qualità di (indicare con un segno di spunta):

- Diretto interessato;
- Familiare (indicare il grado di parentela): _____
- Tutore/Amministratore di sostegno
- Altro (specificare) _____

del/della Sig./Sig.ra _____ nato/a a _____
_____, il _____, Codice Fiscale _____,
residente/domiciliato/a a _____ prov. _____ indirizzo _____
_____, C.A.P. _____ numero di telefono fisso _____
_____, cell. _____ indirizzo mail _____,
pec (non obbligatoria) _____,

CHIEDE

l'accesso al servizio di Assistenza Domiciliare erogato dall'Ambito territoriale sociale di Lamezia Terme.

A tale proposito, dichiara:

- di avere preso visione dell'Avviso per l'erogazione dei servizi di assistenza domiciliare per persone non autosufficienti;
- di impegnarsi a comunicare al Comune di Lamezia Terme -entro 15 giorni dalla data in cui ne venga a conoscenza- ogni variazione relativa alle condizioni personali, reddituali e familiari dichiarate all'atto della domanda, nonché ogni altro evento suscettibile di modificare la condizione del beneficiario;
- di essere consapevole che la presa in carico e l'ammissione al servizio è esercitata dal Servizio sociale professionale di Ambito, eventualmente in collaborazione con l'UVM, in relazione alle condizioni sociali, ambientali ed economiche per come previsto dalla normativa in vigore;
- che i servizi forniti dall'Ambito sono erogati mediante risorse a valere su Fondi europei, nazionali, regionali e locali e fino a concorrenza delle stesse;
- che i servizi sono erogati nelle modalità programmate e nei limiti delle risorse disponibili annue;
- che allo stato attuale l'utente non è ospite presso alcuna struttura;
- di essere consapevole che la presentazione dell'istanza e l'eventuale inserimento nell'elenco dei soggetti beneficiari non garantisce l'accesso automatico al servizio;
- di essere consapevole che il Servizio è soggetto a pagamento di una quota di partecipazione come previsto dalla DGR 503/2019;
- di essere disponibile, a seguito di valutazione della presente, a produrre ulteriore documentazione necessaria per l'ottenimento di quanto richiesto.

Dichiara, inoltre, ai sensi dell'art. 433 del Codice Civile:

- l'inesistenza di soggetti civilmente obbligati;
- la presenza di soggetti civilmente obbligati, come di seguito indicato:

Nome e Cognome	Data di Nascita	Luogo di nascita	Grado parentela	di Convivente (indicare solo si/no)

Tutto ciò premesso, allega quanto segue:

1. **ISEE socio-sanitario/ristretto** in corso di validità **del BENEFICIARIO**;
2. Verbali Commissioni Sanitarie attestanti lo stato di disabilità dell'interessato ai sensi della L. 104/1992 (art. 3 comma 1 e 3) e/o indennità di accompagnamento (L. 508/88 art. 1, comma 2, lett. b);
3. Copia documento di identità e tessera sanitaria del richiedente;
4. Copia documento di identità e tessera sanitaria dell'assistito;
5. Copia nomina tutore/amministratore di sostegno.

Con riferimento alla presente domanda, il/la sottoscritto/a autorizza l'Ente, nel rispetto di quanto previsto dal regolamento UE 679/2016, recepito con il D.lgs. n.101/2018, al trattamento dei propri dati personali per le finalità inerenti alla gestione della presente procedura e dichiara, ai sensi del DPR 445/2000 e ss.mm.ii., consapevole delle proprie responsabilità e delle sanzioni previste, la veridicità delle dichiarazioni e delle informazioni in essi contenuti.

Luogo _____ data _____

Firma del richiedente
