



COMUNITA' MONTANA "MONTAGNA DI L'AQUILA"

ECAD N. 5 "MONTAGNE AQUILANE"

Gestione Commissario liquidatore - D.P.G.R. n. 040 dell'19.06. 2017
Via Cavour 43/a 67021 BARISCIANO Tel. 0862/89735- 0862/89661 fax. 0862/89594
Posta certificata: montagnalaquila@pec.it

ALLA COMUNITA' MONTANA
"MONTAGNA DI L'AQUILA" ECAD N 5
SERVIZIO SOCIALE
VIA CAVOUR 43/A
67021 BARISCIANO (AQ)

Il/La sottoscritto/a _____
(nome e cognome)
Nato/a a _____ il _____ codice fiscale _____
residente in _____
(indirizzo e numero civico)
Comune di _____ CAP _____ prov. _____
tel. : _____ cell. _____ email: _____

- ☐ In qualità di Genitore esercente la potestà genitoriale;
- ☐ Familiare convivente;
- ☐ Amministratore di Sostegno;
- ☐ Tutore;

CHIEDE

- ☐ Attivazione del servizio di _____ per n. _____ ore settimanali
- ☐ Riattivazione del servizio di _____ per n. _____ ore settimanali
- ☐ Aumento ore del servizio di _____ per n. _____ ore settimanali (per un totale di n. _____ ore sett.)
- ☐ Sospensione del servizio di _____
- ☐ Altri servizi _____

- a favore di _____ nato a _____ il _____
codice fiscale _____ rapporto di parentela con il richiedente _____

Ed in particolare (porre una x davanti la voce che interessa)

- ☐ Igiene personale - ☐ Servizi inerenti spesa, approvvigionamento medicinali
- ☐ pulizie domestiche - ☐ pasti - ☐ servizio lavanderia - ☐ terapia psicologica
- ☐ altro (specificare).....



MODALITÀ DI EROGAZIONE

- _____
- _____

A tal fine, fa presente che versa nella necessità di avvalersi del servizio predetto per le seguenti condizioni sociali e ambientali:

- _____
- _____

Presentato domanda di invalidità ☐ SI ☐ NO

- ☐ Non accettata
- ☐ Invalidità del _____%
- ☐ Disabilità e accompagnamento
- ☐ Ancora in corso (presentata il _____)

A tal fine, consapevole che, in caso di mendaci dichiarazioni, il D.P.R. 445/2000 prevede sanzioni penali e decadenza dai benefici (artt. 76 e 75) e informato/a che i dati forniti saranno utilizzati ai soli fini della prestazione richiesta

- ☐ Non frequenta alcun istituto scolastico;
- ☐ Frequenta il seguente istituto scolastico _____
- ☐ Non usufruisce di ulteriori servizi;
- ☐ Usufruisce dei seguenti ulteriori servizi forniti dal Comune, dalla ASL, dalla Scuola o da parte di altri enti pubblici (compilare la tabella sottostante):

Ente Erogatore	Servizio erogato (indicare se il servizio è di tipo educativo, riabilitativo, assistenziale, ecc.)	n. di ore settimanali

Allega alla presente:

- Copia certificazione ISEE e riconoscimento d'invalidità e si impegna al pagamento di € _____ (diconsi euro) per ogni ora di prestazione ricevuta in base al regolamento.

Si autorizza il trattamento dei predetti dati ai soli fini della presente richiesta (Regolamento UE 2016/679)

Luogo e data _____

Il Dichiarante

