



COMUNITÀ 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 COMUNITÀ MONTANA
"MONTAGNA DI L'AQUILA" ECAD N 5
SERVIZIO SOCIALE
VIA CAOUR 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;

C H I E D E

- 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)

- Igienie 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 accompagnatore
- 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 Dichiaraente

