

**Allegato 1**

**Servizio Sociale del Comune di ……………………………..**

**…………………………………………………………………….**

**MODULO DI PRESA IN CARICO**

**INTERVENTI PERSONALIZZATI DI ASSISTENZA DOMICILIARE**

**Il/la sottoscritto/a**

**ANAGRAFICA RICHIEDENTE**

Cognome................................................................Nome...................................................................

Data di nascita |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_\_\_\_| Luogo di nascita...................................................... Prov. ............

Codice fiscale |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Residenza: Città ..................................................... Via .....................................................................

C.A.P. .................

Telefono…………………………………………Email…………………………………@.........................

In qualità di:

* CAREGIVER
* TUTORE
* AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO
* ALTRO (specificare)………………………………………………………………………………….

In favore di:

**ANAGRAFICA UTENTE**

Cognome................................................................Nome...................................................................

Data di nascita |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_\_\_\_| Luogo di nascita....................................................... Prov. ...........

Codice fiscale |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Residenza: Città ................................................ Via ............................................................... C.A.P. .......................

Domicilio (solo se diverso da residenza): Città ...................... Via ...........................................

C.A.P. ...................

Telefono utente…………………………Email…………………………@...................................... .

**CHIEDE**

* La presa in carico per **l’ACCESSO** ai servizi afferenti al Regolamento Unico

**DICHIARA**

* Di essere di possesso di DSU in corso di validità;

**DICHIARA**

Che in caso di erogazione di un beneficio economico il proprio codice IBAN risulta essere il seguente:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| I | T |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Documentazione da allegare:

Documento di identità del richiedente;

Documento di identità del beneficiario;

Documentazione sanitaria:

* verbale di invalidità,
* Legge 104,
* eventuale indennità di accompagnamento.

*Tutta la documentazione ritenuta valida ai fini della presente richiesta come da art.2 del Regolamento Unico “Interventi personalizzati di Assistenza Domiciliare”.*

***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

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_