

c) che lo stato di salute del beneficiario è il seguente:

- invalidità accertata al 100% più indennità di accompagnamento
 invalidità accertata al 100%
 invalidità accertata con percentuale dal 74% al 99%
 certificazione sanitaria rilasciata da struttura del SSN attestante il grado di non autosufficienza nelle more dell'accertamento di invalidità
 invalidità accertata con percentuale dal 66% al 73%
 invalidità accertata con percentuale inferiore al 66%

d) che il valore I.S.E.E. ordinario 2017 del nucleo familiare, è pari ad € _____;

e) che il valore I.S.E.E. RISTRETTO 2017 è pari ad € _____;

f) MMG del richiedente il servizio:

Dr.

Tel.

Studio medico, Via

Città

Altro Medico Proponente:

Cognome e Nome:

Struttura di appartenenza:

Tel./Cell.

Fax

Il/La sottoscritto/a, in caso di ammissione al servizio richiesto, si impegna a compartecipare al costo del servizio stesso proporzionalmente al reddito ed alla relativa fascia di accesso nella misura e modalità disciplinate dall'art.11 del "Disciplinare del Servizio di Assistenza Domiciliare", approvato dal Coordinamento Istituzionale nella seduta del 19.02.2014.

ALLEGA alla presente

- 1) Dichiarazione sostitutiva di certificazione dello stato di famiglia ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000;
- 2) Attestazione ISEE 2017 del nucleo familiare o ISEE RISTRETTO in corso di validità;
- 3) Verbali Commissioni Sanitarie (Invalidità civile, L. n. 104/1992), idonea certificazione sanitaria rilasciata dal MMG e/o da strutture del SSN attestanti il grado di non autosufficienza, autocertificazione attestante la presentazione della domanda per il riconoscimento dell'invalidità civile;
- 4) Fotocopia di un documento di identità in corso di validità;
- 5) Altra documentazione idonea ad attestare il possesso di ulteriori requisiti (specificare):

AUTORIZZA

il Servizio Sociale del Comune di _____ e il Servizio Sociale dell'Ambito Territoriale di Gagliano del Capo al trattamento dei dati rilasciati *esclusivamente* per l'espletamento della procedura di attivazione del servizio di assistenza domiciliare, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive integrazioni.

(Luogo e data)

(Firma)