

RICHIESTA AMMISSIONE SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE ANZIANI - anno 2026

Allegato A

Alla Responsabile
Area Servizi Sociali e Culturali
Comune di Mascalucia

____l____ sottoscritt____, nat____a____
il____/____/____ e residente a____ Via____ n____
codice fiscale ____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____ tel.____
mail____ **pec**____
Referente familiare____ tel.____

CHIEDE

l'ammissione al servizio di assistenza domiciliare anziani per l'anno 2026

- ☐ In qualità di diretto interessato
☐ in qualità di tutore o amministratore di sostegno (allegare nomina)
☐ in qualità di familiare (indicare grado di parentela)

(Inserire dati **del beneficiario** solo se diverso dal richiedente)

nome e cognome beneficiario____
nat____a____ il____/____/____
residente a Mascalucia Via____ n____
codice fiscale ____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____ tel.____
mail____ **pec**____

A tal fine

DICHIARA

- che il beneficiario è residente nel Comune di Mascalucia .
- Ha un'età di _____ anni.
- Che il nucleo familiare è composto per come segue:

n. componenti	Cognome Nome	Data di nascita	Residente a	Codice fiscale	Convivente Si/No
1. beneficiario					
2.					
3.					

4.					
5.					

- Valore ISEE 2026 del proprio nucleo familiare ammonta a euro_____
- di scegliere tra gli Enti di Terzo settore accreditati presso l'Albo distrettuale la Cooperativa Sociale _____per l'espletamento del servizio di assistenza domiciliare anziani - Anno 2026.
- **Di essere a conoscenza che il servizio è sottoposto a calcolo di quota di compartecipazione a carico del beneficiario ai sensi del D.A.687/S7, laddove non rientrante nelle fasce di esenzione previste dalla normativa in vigore, e di impegnarsi al rispetto dei regolari pagamenti, comunicati dall'Ufficio di Servizio Sociale a seguito di istruttoria.**

ALLEGA

- ☐ Fotocopia del documento di identità del beneficiario e del richiedente (laddove diverso)
- ☐ Certificazione condizione economica aggiornata (ISEE 2025)
- ☐ eventuale Certificazione di invalidità e/o accertamento della condizione di disabilità ai sensi della L.104/92
- ☐ Altro (specificare)
- ☐

Il sottoscritto è consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e che inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000).

.....

.....

(Luogo e data)

(firma del richiedente)

Si autorizza il Comune di Mascalucia al trattamento dei dati personali secondo quanto previsto della normativa a tutela della Privacy ai sensi dell'art. 13 del D.lgs 196/93e dell'art. 13 GUPR 679/16.

Mascalucia , _____

Firma _____