



Settore Politiche sociali, sanitarie e sicurezza alimentare

Via Roma, 104 – 84121 Salerno

Telefono 089 614311/480

Fax 089 614311/376

politichesociali@provincia.salerno.it

politichesanitarie@provincia.salerno.it

AVVISO PUBBLICO CON PRESA IN CARICO “A SPORTELLO”

PER L'EROGAZIONE DI INTERVENTI DI ASSISTENZA DOMICILIARE IN FAVORE DI SOGGETTI ADULTI DIPENDENTI PUBBLICI E PENSIONATI INPDAP, LORO CONIUGI CONVIVENTI E LORO FAMILIARI DI PRIMO GRADO, **IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA.**

ALLEGATO A.

MODELLO DI DOMANDA PER L'EROGAZIONE DI INTERVENTI DOMICILIARI

Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà resa ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/00 n. 445 e succ. modif. e integr.

.....I.....sottoscritto/a..... nato/a a
..... il residente in
..... Via Recapito telefonico
..... sotto la propria responsabilità

Dichiara

Consapevole della sanzioni penali e civili nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, sotto la propria responsabilità:

A.

di essere dipendente pubblico Inpdap;

di essere pensionato Inpdap;

coniuge convivente e/o familiare di primo grado di dipendente pubblico Inpdap o pensionato INPDAP
(Indicare Numero pensione di reversibilità) _____;

B. di essere in condizione

di non autosufficienza totale

di non autosufficienza parziale

C. di trovarsi nella seguente condizione familiare

vivere da solo;

con il proprio nucleo familiare composto da:

Cognome e nome	Data di nascita	Attività	Recapito

D. di NON essere, alla data di avvio del progetto, già beneficiario di alcuna o di “non adeguata” altra prestazione assistenziale pubblica. Per prestazione “non adeguata” si intende l’intervento pubblico, diretto e indiretto, parziale che non copra almeno il 50 % del reale fabbisogno assistenziale del soggetto non auto sufficiente.

E. che il proprio nucleo familiare nella totalità dei suoi componenti ha una condizione economica valutata con ISEE ad €

CHIEDE

di potere usufruire del servizio di assistenza domiciliare di cui al progetto “Assistenza Domiciliare Innovativa” finanziato dall’Inpdap.

A tal fine lo/la scrivente allega alla presente:

1. certificazione sanitaria sulla condizione di non autosufficienza dell’aspirante utente rilasciata da commissioni mediche o in alternativa dal medico curante;
2. indicatore situazione economica equivalente (I.S.E.E.), o autocertificazione (art. 46 DPR 445/2000);
3. copia conforme all’originale del documento di riconoscimento dell’aspirante utente in corso di validità;
4. copia conforme all’originale del Codice Fiscale dell’aspirante utente, o autocertificazione (art. 46 DPR 445/2000);
5. certificato di servizio INPDAP o di pensione INPDAP, o certificato di stato di famiglia storico comprovante il rapporto di coniugio o di parentela entro il primo grado, secondo i casi, dell’aspirante utente, o autocertificazione (art. 46 DPR 445/2000);
6. certificato di residenza dell’aspirante utente o autocertificazione (art. 46 DPR 445/2000);

Firma del richiedente

.....

Il/la sottoscritto/a.....autorizza, ai sensi dell’art. 23 del decreto legislativo 196/2003 e succ. mod. o integr., l’INPDAP e la Provincia di Salerno, per il tramite della Cooperativa Sociale “La Meridiana” di Benevento, al trattamento dei propri dati personali per l’istruzione della pratica relativa allo svolgimento delle attività previste nell’Avviso pubblico cui è allegato il presente modello di domanda.

Data

Firma