

- che il **destinatario** per cui si chiede l'ammissione al servizio (barrare la casella interessata):
non usufruisce di altri servizi di assistenza domiciliare;
usufruisce di altri servizi di assistenza pubblici erogati da _____
- che il **destinatario** è:
persona portatore di handicap (legge 104/92 , art. 3, c.);
persona invalida civile al 100%;
persona invalida civile al 100% con indennità di accompagnamento;
altro (specificare)_____.

Allega alla presente istanza:

- copia certificazione handicap ai sensi della L.104/92, art. 3 c. ;
- copia certificazione attestante l'invalidità civile;
- certificazione del medico di base dalla quale si evince lo stato di non autosufficienza (valutazione SVAMA);
- copia di documento di identità del richiedente e del beneficiario;
- certificazione ISEE con DSU, relativa ai redditi percepiti nell'anno 2014, rilasciata secondo la normativa vigente del 2.1.2015, valevole per la richiesta di prestazioni sociali agevolate.

SI IMPEGNA

a versare la quota di compartecipazione, se dovuta, nella misura e nei termini previsti dalle vigenti disposizioni di legge, **entro i primi dieci giorni lavorativi del mese** presso la Tesoreria comunale del Comune di Catania (Capofila del Distretto Socio Sanitario 16).

a comunicare **obbligatoriamente** eventuale rinuncia al servizio con apposita dichiarazione presentata all'Ufficio del Protocollo Generale.

Il richiedente è informato ed autorizza la raccolta dei dati della presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione, ai sensi della L. 196/2013.

.....,

FIRMA

La domanda deve essere compilata in ogni sua parte barrando le caselle che interessano