



Comune di Porto Torres  
provincia di Sassari

Area AA.GG. Personale, Contratti, Sport, Cultura, Turismo, Politiche Sociali  
**Settore Servizi Sociali**

*Al Dirigente del Settore  
dell'Area in intestazione  
Comune di Porto Torres*

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
Il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_ -

### CHIEDE

///per se

///in qualità di // amministratore di sostegno, // titolare della potestà genitoriale // familiare di riferimento (indicare di seguito di seguito il rapporto di )

per il/la sig.\_ \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ N.\_\_\_\_\_ domiciliat\_ a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_

l'erogazione del Servizio di Assistenza Domiciliare erogato dal Comune di Porto Torres per

- 1.Minori Disabili (0-18 anni) //
2. Adulti Disabili (19-64 anni) //
- 3.Anziani (dal compimento del 65°anno di età) //

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28.12.2000

### dichiara<sup>1</sup>

**1.** che il destinatario dell'intervento è portatore di **handicap permanente grave, di cui all'art. 3 comma 3 della Legge 104/92**

Si // No //

<sup>1</sup> *'Amministrazione Comunale effettuerà controlli anche a campione sulle dichiarazioni rilasciate dagli interessati, verificando la veridicità dei dati in esse contenuti. Ferma restando la responsabilità penale, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, si applicherà la **decadenza dai benefici** eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art.75 D.P.R. 445 del 28.12.2000).*



Area AA.GG. Personale, Contratti, Sport, Cultura, Turismo, Politiche Sociali  
**Settore Servizi Sociali**

- 2.** che il destinatario dell'intervento, non è portatore di handicap permanente grave, di cui all'art. 3 comma 3 della Legge 104/92, **ma è ultrasessantacinquenne non autosufficiente**

**riconosciuto invalido civile dalla competente Commissione Medica della Asl come previsto nel punto 13 del relativo verbale <sup>2</sup> Si // No**

- 3.** che l'ISEE relativo alla situazione economica dell'anno \_\_\_\_\_ del nucleo familiare è il seguente. € \_\_\_\_\_

- 4.** di essere informato sulla condizione che stabilisce, in caso di mancata presentazione della certificazione ISEE, l'applicazione della quota massima di contribuzione prevista a carico del beneficiario dell'intervento, pari al 100% del costo del servizio.

**Informa**

- a.** che il destinatario dell'intervento usufruisce di altre forme di assistenza quali:

/\_/ assistenza domiciliare da parte della ASL per \_\_\_\_\_

/\_/ altro (indicare ente/servizio di riferimento) l.162/98

- b.** che il destinatario dell'intervento si trova in una delle seguenti condizioni:

/\_/ vive solo e non ha nessuno che si può occupare della sua assistenza

/\_/ vive con familiari che non possono assisterlo

- c.** che i dati relativi al Medico di Base del destinatario dell'intervento sono i seguenti:

Nominativo Dott. \_\_\_\_\_ Indirizzo ambulatorio \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

Porto Torres, \_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE

<sup>2</sup> **Punto 13 del verbale: invalido ultra65enne con l'impossibilità a deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore e/o con necessità di assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita**



Comune di Porto Torres  
provincia di Sassari

Area AA.GG. Personale, Contratti, Sport, Cultura, Turismo, Politiche Sociali  
**Settore Servizi Sociali**

Si autorizza ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del Regolamento UE 2016/679 il trattamento dei dati personali raccolti – V.Allegato -

Porto Torres, \_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE

-----

**Allega alla presente:**

- Dichiarazione ISEE socio-sanitario
- Copia del certificato che attesti l'handicap permanente grave, di cui all'art. 3 comma 3 della Legge 104/92 o, per gli ultrasessantacinquenni, qualora non siano in possesso del suddetto requisito, copia del verbale rilasciato dalla Commissione Medica per l'accertamento dell'Invalidità Civile che attesti la condizione di non autosufficienza.
- Copia, se in possesso, di documentazione sanitaria recente attestante la patologia e le condizioni psico-fisiche in cui la persona si trova.
- Modulo B "Informativa sul trattamento dei dati personali", corredato dalla copia del documento di identità del dichiarante
- Eventuale copia del Decreto di nomina dell'Amministratore di Sostegno
- Eventuale delega alla firma, corredata dalla copia del documento di identità del delegante e del delegato.