

Al Comune di

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_l\_sottoscritt\_\_\_\_\_ nat\_\_a\_\_\_\_\_

\_\_il\_\_\_\_\_ residente a\_\_\_\_\_ in Via\_\_\_\_\_

n°\_\_tel\_\_\_\_\_.

in qualità di\_\_\_\_\_ del\_\_Sig.\_\_\_\_\_,

nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ residente in via

\_\_\_\_\_ tel.\_\_\_\_\_

C.F.\_\_\_\_\_

### CHIEDE

che\_\_\_\_\_ possa usufruire del Servizio di Telesoccorso di cui all'avviso pubblico del \_\_\_\_\_ ;

A tal fine, sotto la propria responsabilità, ( segnare con una crocetta nell'apposito quadratino la voce che interessa )

### DICHIARA

- che la stessa è in possesso dei seguenti requisiti:

- Età non superiore ai 65 anni; età compresa tra 40 e 64 anni;
- di vivere solo/a ;
- di vivere con altra persona anziana o disabile;
- di vivere in abitazione isolata o con barriere architettoniche interne;
- di non poter fare affidamento sull'aiuto di parenti o vicini;
- di essere una persona a rischio sociale/sanitario;

- che il nucleo del\_\_ Sig\_\_\_\_\_ è composto come indicato nella seguente tabella:

	Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Grado di parentela
1			
2			
3			
4			

- Di vivere la seguente particolare condizione sociale: \_\_\_\_\_

---

---

---

Allega alla presente:

1. Certificazione ISEE corredata dalla Dichiarazione sostitutiva unica, secondo il modello approvato con D.Lgs. n. 109/98 e s.m.i.
2. Eventuale copia del Verbale della Commissione Invalidi Civili ;
3. Certificazione del medico di base attestante lo stato di salute della persona;
4. Altro \_\_\_\_\_

\_\_\_I\_\_\_ sottoscritt\_\_\_, consapevole delle conseguenze civili e penali previste, per coloro che rendono dichiarazioni false, dall'art.26, comma 1°, legge 15/68, dichiara sotto la propria responsabilità, che le dichiarazioni fornite corrispondono al vero e di essere a conoscenza che, in caso di notizie false, è soggetto all'art.496 del C.P.

Lamezia Terme lì \_\_\_\_\_

**Spazio riservato per la valutazione della domanda**

- |                     |   |             |
|---------------------|---|-------------|
| 1.                  | <b>Situazione nucleo familiare</b>                  | punti _____ |
| 2.                  | <b>Età del richiedente</b>                          | punti _____ |
| 3.                  | <b>Situazione abitativa</b>                         | punti _____ |
| 4.                  | <b>Situazione reddituale</b>                        | punti _____ |
| 5.                  | <b>Particolare condizione sociale e/o sanitaria</b> | punti _____ |
| <b>TOTALE PUNTI</b> |   | _____       |

Note

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---