

p.c. all'Ufficio di Piano  
p.c. ai Servizi Sociali del Comune di \_\_\_\_\_

**DOMANDA PER L'AMMISSIONE AL SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE DIRETTA ED INDIRETTA PER PERSONE AFFETTE DA PATOLOGIA DI ALZHEIMER RESIDENTI NEL DISTRETTO SOCIO SANITARIO RM 6.2**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

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

In qualità di:

- Caregiver
- Tutore
- Curatore
- Amministratore di sostegno

Del/della sig./sig.ra \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

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

**CHIEDE**

Di beneficiare del servizio di Assistenza Domiciliare per persone affette da patologia di Alzheimer, da gestire in modalità:

- Diretta
- Indiretta

A tale fine, consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità e delle possibilità di controllo da parte dell'Amministrazione Comunale, ai sensi e per gli effetti degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, pena l'esclusione

**DICHIARA**

- Di essere in possesso della certificazione di malattia rilasciata dai Centri per disturbi cognitivi e demenze (C.D.C.D.) del territorio nazionale e di essere in possesso della valutazione nel Clinical Demential Rating Scale (C.D.R.) con un punteggio da 0 a 3 e comunque non uguale o superiore a 4.

- Di essere consapevole che, in caso di presentazione di domanda per entrambi i servizi (assistenza domiciliare diretta e assistenza domiciliare indiretta), al momento dell'attivazione potrà scegliere una sola forma di assistenza.
- In caso di Assistenza gestita in forma indiretta, di impegnarsi ad assumere quale proprio assistente alla persona, personale in possesso di uno dei titoli professionali previsti dalla D.G.R. n. 88/2017 e riportati all'art. 2 dell'avviso pubblico distrettuale.
- Di essere consapevole che, in caso di assunzione di un operatore non in possesso dei titoli sopra indicati, ma con documentata esperienza in tali funzioni almeno quinquennale, il mancato conseguimento del titolo entro due anni dall'iscrizione al corso fa venir meno l'idoneità allo svolgimento delle funzioni di cui trattasi.

**Allega alla presente (solo se nuova istanza):**

- 1) Copia di documento di identità del Richiedente/Dichiarante e della persona interessata al beneficio, in corso di validità;
- 2) Copia di attestazione ISEE in corso di validità;
- 3) Copia della certificazione di malattia rilasciata dai Centri per disturbi cognitivi e demenze (C.D.C.D.) del territorio nazionale e da tutti i servizi accreditati;
- 4) Valutazione del Clinical Demential Rating Scale (C.D.R.) con un punteggio da 0 a 3;

La sig.ra / il sig. \_\_\_\_\_

Autorizza al trattamento dei dati rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di attivazione del servizio in oggetto della presente modulistica, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive modificazioni e integrazioni, in particolare rispetto a quanto previsto dal nuovo regolamento UE in materia di protezione dei dati personali 2016/679 (G.D.P.R.).

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

LUOGO E DATA

IL RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_