

Al Servizio Sociale Professionale dell'Ambito  
Distrettuale Sociale \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ residente  
a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

*OPPURE, in caso di rappresentante legale (genitore, tutore, procuratore, ecc) o di persona che firma  
per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere ( art. 4 DPR 445/2000):*

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ residente  
a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

in qualità di:

- rappresentante legale del richiedente: (specificare la qualità \_\_\_\_\_)
- persona che può firmare per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (specificare grado di parentela \_\_\_\_\_)

a favore e per conto del Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ residente a  
\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

in considerazione dello stato di bisogno, nonché della priorità all'accesso ai servizi sociali derivante  
dalla situazione personale e/o familiare di seguito evidenziata [descrivere brevemente la situazione]:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**CHIEDE:**

L'Erogazione delle seguenti prestazioni del sistema integrato di interventi e servizi sociali:

<input type="checkbox"/> Servizio Sociale Professionale e Segretariato Sociale	<input type="checkbox"/> Pronto Intervento Sociale
<input type="checkbox"/> Attività di servizio sociale di supporto alla persona e alla famiglia e alla rete sociale	<input type="checkbox"/> Strutture semiresidenziale
<input type="checkbox"/> Interventi volti a favorire la domiciliarità	<input type="checkbox"/> Strutture residenziali
	<input type="checkbox"/> Altro specificare _____

**DICHIARA INOLTRE**

- di conoscere il Regolamento unitario per l'accesso ai servizi sociali dell'ADS \_\_\_\_\_
- di fornire, a richiesta del Servizio Sociale la documentazione che non può essere acquisita d'ufficio, atta a dimostrare la completezza e la veridicità dei dati dichiarati;
- di essere disponibile ad aderire a un progetto specifico personalizzato;
- di essere consapevole che i servizi per i quali è richiesta una compartecipazione e/o un pagamento, da parte del richiedente o dei tenuti agli alimenti, ai sensi degli artt 433 c.c, sono erogati sulla base del Regolamento unitario per l'accesso ai servizi sociali dell'ADS Val Vibrata

Allega alla presente domanda (documenti che si ritengono utili ai fini dell'accoglimento della domanda a seconda del tipo di prestazione sociale che si richiede)

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- fotocopia di un documento di identità in corso di validità.

Chiede che eventuali comunicazioni siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_  
 Via / piazza \_\_\_\_\_  
 Comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
 Tel \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

#### DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi degli art. 81 e 82 del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili per le finalità di cui al procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

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

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono attestazioni false, ai sensi dell'art.76 del DPR n.445/2000 dichiara che le notizie fornite rispondono a verità. L'Amministrazione è tenuta a controllare la veridicità delle dichiarazioni anche a campione. In caso di dichiarazione falsa, il cittadino può subire una condanna penale e decade dagli eventuali benefici ottenuti con l'autocertificazioni.

Il sottoscritto si impegna altresì, a comunicare qualsiasi variazione dovesse intervenire nelle autocertificata entro 30 giorni dall'avvenuto cambiamento

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