



# COMUNE DI FIANO ROMANO

Provincia di Roma

## RICHIESTA DI ASSISTENZA DOMICILIARE

\_\_l\_\_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

stato civile \_\_\_\_\_ professione \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

### CHIEDE

di poter usufruire dell'assistenza domiciliare, ai sensi della L. 328/2000

persona anziana

persona con handicap

Ai fini di cui sopra, consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità, giusto il disposto dell'art. 26 della L. 4 gennaio 1968, n° 15

### DICHIARA

a) di essere nat\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

b) di essere cittadin\_\_ italian\_\_

c) di essere residente in \_\_\_\_\_

d) che le infermità per le quali richiede il riconoscimento dell'invalidità civile non dipendono da causa di guerra, di servizio o di lavoro.

Si impegna a dare immediata comunicazione di ogni variazione agli organi competenti.

#### ***Allega alla presente domanda:***

- la certificazione attestante la natura delle infermità invalidanti rilasciata in data \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_
- altra documentazione integrativa.

FIRMA

\_\_\_\_\_

Avvertenze:

La dichiarazione di chi non sa o non può firmare deve essere sottoscritta in presenza del dichiarante da due testimoni idonei ai sensi dell'art. 5 della L. 11 maggio 1971, n° 390;

*Dichiarante impossibilitato a firmare (causa dell'impedimento):*

\_\_\_\_\_

**1° Testimone**

Sig. \_\_\_\_\_ nat\_\_ a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

c.a.p. \_\_\_\_\_ documento \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

rilasciato il \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

**2° Testimone**

Sig. \_\_\_\_\_ nat\_\_ a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

c.a.p. \_\_\_\_\_ documento \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

rilasciato il \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

**Nota bene:**

Il certificato medico da allegare necessariamente alla domanda deve esprimere la diagnosi con chiarezza e precisione e deve contenere:

- per la valutazione dell'aggravamento dell'invalidità e delle condizioni visive, di cui all'art. 11 del D.Lgs. 23 dicembre 1988, n° 509, ampia motivazione delle cause che hanno originato le modificazioni del quadro clinico preesistente;
- per il riconoscimento della cecità civile è richiesto un certificato di un medico specialista oculista attestante la cecità assoluta o un residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi, con eventuale correzione.