

Al Signor Sindaco del Comune di Montasola

Il/La sottoscritt.....nat.....

a.....il.....

intende usufruire dell'assistenza domiciliare espletata da codesto Comune e dichiara di:

- Di percepire indennità di accompagnamento;**
- Di non percepire indennità di accompagnamento.**

All'uopo allega:

- Dichiarazione ISEE relativa ai redditi percepiti nell'anno2013;**
- Dichiarazione della situazione personale e reddituale.-**

Montasola, li.....

FIRMA

.....

Il/La sottoscritt.....nat.....

a.....il.....

e residente a Montasola in via _____
ai sensi di quanto previsto dalla delibera di consiglio comunale n.46 del
28.11.2010 ad oggetto:”integrazione regolamento concessione contributi sussidi e
vantaggi economici approvato con delibera di c.c.n.28 del 01.12.2006.-

- stato occupazionale:_____;
- stato civile :_____;
- percepimento o erogazione di assegno di mantenimento:_____;
- presenza di figli minori o persone diversamente abili nel nucleo familiare:_____;
- valore del patrimonio mobiliare;
- valore del patrimonio immobiliare;
- consumo medio energia elettrica per ogni bimestre.
- IL Reddito familiare nel corso dell’anno ammonta ad €.....

La propria situazione familiare è la seguente:

.....
.....
.....
.....

- Convivente con più familiari disponibili e sani
- Convivente con un solo familiare disponibile e sano
- Solo con uno o più figli residenti nel comune
- Solo con figli non residenti nel comune
- Convivente con un familiare gravemente cagionevole
- Solo senza figli od altri familiari residenti

Montasola li.....

IL DICHIARANTE.....



COMUNE DI MONTASOLA
PROVINCIA DI RIETI

P.zza S. Pietro, 1 - 02040 Montasola (RI) - Tel 0746/675177 Fax 0746/675188
Mail: comunemontasola@libero.it - Codice Fiscale : 00111190575

CERTIFICATO MEDICO PER LA RICHIESTA AL COMUNE DI MONTASOLA PER L'ASSEGNAZIONE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE-

COGNOME E NOME DELL'ASSISTITO: _____

CODICE FISCALE: _____

ESENZIONE TICKET: _____

DIAGNOSI: _____

PATOLOGIE: _____

TERAPIE IN CORSO: _____

VALUTAZIONE COMPLESSIVA DELLE CONDIZIONI DI SALUTE:

- BUONE**
- DISCRETE**
- NON SODDISFACENTI**
- CAGIONEVOLI**
- GRAVEMENTE CAGIONEVOLI**
- NON AUTOSUFFICIENTI**

DATA

FIRMA DEL MEDICO: _____