

Comune di Troia

Ente capofila dell'Ambito Territoriale costituito dai Comuni di:

Accadia, Anzano di Puglia, Ascoli Satriano, Bovino, Candela, Castelluccio dei Sauri, Castelluccio Valmaggiore, Celle di San Vito, Deliceto, Faeto, Monteleone di Puglia, Orsara di Puglia, Panni, Rocchetta Sant'Antonio, Sant'Agata di Puglia, Troia, ASL FG, Provincia di Foggia

| |
|--|
| ISTANZA PER L'ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI TELESOCORSO |
|--|

Al Signor Sindaco del
COMUNE di _____
DELL'Ambito Territoriale di Troia

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____,
il __/__/____, residente a _____ Piazza/Via _____,
numero civico _____, Codice Fiscale _____,
recapito telefonico _____

CHIEDE

L'attivazione del servizio di TELESOCORSO presso l'abitazione al suindicato indirizzo.

A tal fine, pienamente consapevole della responsabilità penale nella quale può incorrere in caso di dichiarazione falsa o comunque non corrispondente al vero, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445, ed altresì a conoscenza della prevista comminatoria di decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, ai sensi dell'art.75 del D.P.R. n. 445/2000;

DICHIARA

DI APPARTENERE ad una, o più di una, delle categorie sotto elencate (barrare le voci interessate)

- ultrasessantacinquenni autosufficienti, che vivono soli o in coppia unicamente con altro ultrasessantacinquenne;
- ultrasessantacinquenni non autosufficienti e/o disabili;
- adulti, non ultrasessantacinquenni, portatori di patologie conclamate ad alto rischio sanitario (cardiopatici, asmatici, diabetici, dializzati, disabilità motoria e/o sensoriale, inabilità permanente, ecc.), che vivono soli o, in caso di coniuge o familiare conviventi, che restano tuttavia soli, per inderogabili esigenze, almeno quattro ore consecutive nell'arco della giornata.

In caso di necessità, si prega di contattare le seguenti persone:

| Cognome e nome | Grado di parentela | Recapito telefonico |
|----------------|--------------------|---------------------|
| | | |

Allegare:

- 1) Copia documento di riconoscimento in corso di validità;
- 2) Attestato ISEE relativo ai redditi percepiti nell'anno solare precedente;
- 3) Ogni documento attestante la presenza di patologia e/o lo stato di disabilità/inabilità/non autosufficienza ed utile ai fini della valutazione dell'istanza.

FIRMA
