

Spett. Le Azienda USL 12 di Viareggio  
Punto Unico di Accesso c/o Presidio 'Tabarracci'  
Punto Insieme di .....

**DOMANDA PER L'ACCESSO AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE  
PER PENSIONATI INPDAP NON AUTOSUFFICIENTI**

Il/la Sottoscritto/a.....c. fiscale.....  
nato/a a .....il.....  
residente a.....via.....n.....

in qualità di (*barrare la voce che interessa*):

- persona anziana non autosufficiente diretta interessata al servizio domiciliare;
- familiare convivente con l'anziano;
- figlio/a non convivente;
- tutore/curatore/amministratore di sostegno, in base al provvedimento .....  
emesso dal Giudice.....

CHIEDE

- per se stesso/a, in qualità di diretto interessato al servizio,  
oppure
- per il sig/la sig.ra....., in qualità di  
familiare, tutore/curatore/amministratore di sostegno della persona anziana non autosufficiente  
richiedente il beneficio,  
nato/a a .....il.....  
residente a.....via.....n.....

la valutazione del grado di autosufficienza (per coloro che già non l'abbiano) da parte dell'Unità  
Valutativa Multidimensionale (UVM) finalizzata all'ACCESSO AL SERVIZIO DI ASSISTENZA  
DOMICILIARE SOCIALE e, a tal fine, consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci sarà  
punito ai sensi del codice penale secondo quanto prescritto dall'art.76 del DPR 445/00,

DICHIARA (*barrare le voci che interessano*):

- di essere (che l'interessato è) residente in uno dei sette comuni della Versilia
- di essere (che l'interessato è) pensionato/a Inpdap
- di essere (che l'interessato è) stato dichiarato non autosufficiente (in caso di persone già valutate)
- di aver preso visione (che l'interessato ha preso visione) dell'avviso e di essere (che l'interessato  
è) a conoscenza della natura del servizio e delle prestazioni offerte
- di percepire (che l'interessato percepisce) indennità di accompagnamento
- altro (a discrezione del richiedente) .....

SI IMPEGNA a comunicare tempestivamente ogni variazione dovesse intervenire rispetto a quanto  
dichiarato nella presente domanda,

ALLEGA:

- copia di valido documento di identità del diretto interessato al servizio
- copia certificato attestante la condizione di pensionato/a Inpdap del diretto interessato al servizio
- eventuale copia di valutazione di non autosufficienza del diretto interessato da parte dell'U.V.M.

firma \_\_\_\_\_

Trattamento dati personali:

Il sottoscritto presta il proprio consenso al trattamento dei dati personali (o del beneficiario del  
servizio) ai fini del presente procedimento, ai sensi e per gli effetti del D.lgs.196/03.

Data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_