

DOMANDA PER LA PARTECIPAZIONE AL CAFÈ ALZHEIMER

Al Comune Capo Ambito di Corigliano-Rossano

Ufficio Servizi Sociali

Il sottoscritto.....
codice
fiscale.....
noto/a a.....il.....
residente a.....via.....
telefono:.....
email:.....

In qualità di:

- ☐ Diretto interessato/persona in situazione di disabilità;
- ☐ Familiare/Caregiver;

CHIEDE DI PARTECIPARE AL CAFE' ALZHEIMER

Presso un centro diurno socio-assistenziale per disabili autorizzato e accreditato provvisoriamente:

- ☐ GOCCE NEL DESERTO, gestito dall'ASSOCIAZIONE GOCCE NEL DESERTO ONLUS;
- ☐ IL SORRISO, gestito dai FIGLI DELLA LUNA SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE;

(barrare il centro prescelto)

per il sig. /la
sig.ra.....
nato/a il
.....
residente a.....via.....

telefono:.....

email:.....

Allega la seguente documentazione:

- Fotocopia sottoscritta del documento di riconoscimento del beneficiario del servizio nonché del caregiver;
- certificato di malattia che attesti lo stato di demenza rilasciato da struttura pubblica;
- Attestazione ISEE SOCIO SANITARIO in corso di validità;

Infine, il sottoscritto

In qualità di:

- Diretto interessato/persona in situazione di disabilità;
- Familiare/Caregiver;

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75, del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

la veridicità di quanto sopra attestato e di quanto allegato;

P.S. Si precisa che la frequentazione del Cafè Alzheimer coinvolge oltre il soggetto affetto da Alzheimer, demenza e/o altri disturbi neurologici in ambito geriatrico, anche un suo familiare/caregiver.

In fede