**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 daiI 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 coinvolgeoltre il soggetto affetto da Alzheimer, demenza e/o altri disturbi neurologici in ambito geriatrico, anche un suo familiare/caregiver.

**In fede**