

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;
- isee in corso di validità.

Il sottoscritto è 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.**

Inoltre, 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.

**Luogo e data**

**Firma**

---

---

## DOMANDA PER LA PARTECIPAZIONE AL CAFÈ ALZHEIMER

Ai Servizi Sociali del Comune di

---

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 PROGETTO

#### *“INCONTRIAMOCI PER UN CAFE”*

Presso il Centro Diurno socio-assistenziale per disabili “Centro per Tutti Benedetto XVI” sito in Belvedere Marittimo alla Via Beato D’Angelo d’Acri, 5

per il sig. /la sig.ra.....  
nato/a il .....  
residente a..... via.....  
telefono:.....  
email:.....

Dichiara che il nucleo familiare dell’utente è composto come di seguito:

Nome	Cognome	Nato/a il	Grado di parentela