



ITACA COOPERATIVA  
SOCIALE ONLUS

Vicolo R. Selvatico, 16  
33170 Pordenone

Tel 0434 504000

Fax 0434 504100

[www.itaca.coopsoc.it](http://www.itaca.coopsoc.it)

[itaca@itaca.coopsoc.it](mailto:itaca@itaca.coopsoc.it)

[coopitaca@pec.it](mailto:coopitaca@pec.it)

Iscr. Reg. Imprese CCAA Pordenone

C.F. e P.IVA n° 01220590937

R.E.A. n° 51044

Iscr. al Reg. Regionale Cooperative al n° A117040

Sez. coop.ve a mutualità prevalente di diritto

Iscr. Albo Reg.le Coop.ve Sociali n° 38 Sez. A

**Richiesta di attivazione del servizio educativo/assistenziale territoriale individualizzato COVID-19**

Il/La sottoscritto/a..... nato/a  
a ..... il..... Residente a .....in  
via .....n°..... telefono .....

in qualità di:

- Tutore
- Amministratore di sostegno
- Interessato
- Genitore

**CHIEDE**

per la/il minore / la sig./ra / il Sig. .... nato/a a  
..... il ..... residente a .....  
in via .....n°.....

**l'attivazione del servizio assistenziale/educativo per il proprio congiunto/beneficiario.**

Consapevole che, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445 del 28-12-2000 e come previsto dall'art. 75 della medesima norma, qualora emerga la non veridicità del contenuto di questa dichiarazione decade dai benefici eventualmente conseguiti con il provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera; consapevole inoltre delle sanzioni penali stabilite dall'art. 76 per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità





## DICHIARA

1. Che nessun componente il nucleo familiare è sottoposto alla misura della quarantena né è risultato positivo al virus Covid-19
2. Di impegnarsi ad informare con la massima tempestività l'operatore incaricato all'intervento in oggetto e l'assistente sociale referente di eventuali sintomi riconducibili all'infezione da Covid-19
3. Di essere a conoscenza che la presenza di sintomi riconducibili al contagio da Covid-19 comporta l'interruzione immediata dell'intervento
4. Di aver preso visione dell'estratto del "Protocollo Misure di prevenzione e contrasto contagio emergenza COVID-19\_Servizi territoriali individuali e in piccoli gruppi" e di garantire l'attivazione di tutte le misure previste per il contenimento del contagio per quanto di competenza.

Dichiara, altresì, di provvedere autonomamente alla fornitura dei presidi necessari (mascherina, guanti, gel mani idroalcolico) per il proprio congiunto/beneficiario.

..... li .....

FIRMA.....

Firma per presa visione del soggetto gestore

.....