

ALLEGATO "A"

All'Ambito Territoriale di Locri

Comune Capofila Locri

OGGETTO: ISTANZA DI AMMISSIONE AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE PER DISABILI GRAVI – FNA ANNUALITA' 2014.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____
 (____) il ____ / ____ / ____ residente a _____ in via _____
 n. _____, C.F. : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____
 telefono _____ / cellulare _____
 in qualità di _____

CHIEDE

☐ per se stesso ☐ per il/la sig./ra

nato/a _____ ()
il / / residente a _____ via _____
n. _____ C.F.: / / / / / / / / / / / / / / / / tel _____
cell.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del Testo Unico emanato con D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445 e consapevole del fatto che gli atti falsi e le dichiarazioni mendaci sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

☐ che il destinatario per cui si chiede l'ammissione al servizio è residente nel Comune di _____, appartenente all'Ambito Territoriale di Locri-Comune Capofila Locri;

che il destinatario per cui si chiede l'ammissione al servizio:

☐ non usufruisce di altri servizi di assistenza domiciliare o buoni spendibili per l'acquisto di servizi di cura e assistenza erogati da Enti pubblici;

- ☐ di accettare tutte le condizioni stabilite nell'Avviso Pubblico;
- ☐ ha un nucleo familiare composto da n. _____ persone come indicato di seguito:

N.	COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	PARENTELA	CODICE FISCALE

Di trovarsi in una delle seguenti condizioni:

- ☐ disabilità gravissima certificata dall'UVM dell'ASP
- ☐ allettato
- ☐ carrozzato
- ☐ pluriminorato

ALLEGA alla presente:

- ☐ Certificazione di invalidità civile e/o stato di handicap ex L. n. 104/92
- ☐ Attestazione ISEE del nucleo familiare in corso di validità
- ☐ Fotocopia documento di riconoscimento e tessera sanitaria di chi propone l'istanza
- ☐ Fotocopia documento di riconoscimento e tessera sanitaria del soggetto per il quale si richiede il servizio domiciliare
- ☐ Fotocopia certificazioni attestanti condizioni di fragilità (eventuale)
- ☐ Fotocopia provvedimento di nomina all'ufficio di tutore/amministratore di sostegno (eventuale)
- ☐ Altra documentazione idonea ad attestare il possesso di ulteriori requisiti (eventuale) _____

AUTORIZZAZIONE LEGGE SULLA PRIVACY

Si autorizza il trattamento dei dati rilasciati, esclusivamente per l'espletamento del servizio di assistenza domiciliare, ai sensi del Regolamento UE-GDPR n. 2016/679.

Si autorizza alla trasmissione dei dati personali al soggetto erogatore delle prestazioni.

(Luogo e data)

(Firma leggibile)