

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.: /
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)