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)