

AI COMUNE DI _____

DOMANDA DI ASSISTENZA DOMICILIARE D.A. N. 3779/2015

A FAVORE DI PERSONE IN CONDIZIONI DI DISABILITA' GRAVISSIMA

(DA CONSEGNARE O FAR PERVENIRE IN BUSTA CHIUSA ALL'UFFICIO PROTOCOLLO ENTRO LE ORE 12,00 DEL 11 marzo 2016)

Il/la sottoscritt _____ Cognome _____ Nome _____
Nato/a _____ prov. _____ il _____ Residente a _____ in
Via _____ n. _____ tel. o cellulare _____

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

CHIEDE

nella qualità¹ di :

- 1) beneficiario diretto
- 2) familiare
- 3) altro _____

il Servizio di Assistenza Domiciliare a favore di _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____ residente ad _____ in
Via _____ n. _____

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Medico di base/pediatra dr. _____ tel. _____

A tal fine, ai sensi dell'art.46 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA

1) che la composizione del nucleo familiare del beneficiario è la seguente:

| N. | Cognome e Nome | Data di Nascita | Codice Fiscale | Grado Parentela ² |
|----|----------------|-----------------|----------------|------------------------------|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |

¹ indicare la relazione di parentela: padre, madre, figlio, nipote, ecc

2) di essere in possesso di attestazione ISEE del nucleo familiare relativo ai redditi percepiti nell'anno 2014, che il valore ISEE è pari ad € _____ ed il valore ISE è pari ad € _____;

3) che il beneficiario del Progetto Personalizzato sig. _____ ha percepito nell'anno 2014 i seguenti emolumenti:

1- Indennità di frequenza per un Importo annuale € _____

2- Indennità di accompagnamento per un Importo annuale € _____

3- Altro (specificare)

_____ Importo annuale € _____

_____ Importo annuale € _____

_____ Importo annuale € _____

_____ Importo annuale € _____

4) di essere consapevole ed informato, che l'incompletezza della autocertificazione in ogni sua parte, l'assenza della copia della carta di identità in corso di validità e della scheda SVAMA sanitaria e cognitivo funzionale, comporterà l'esclusione dal servizio richiesto .

Allega:

- copia del Documento di Identità in corso di validità
- scheda SVAMA

Firma del richiedente

Informativa di cui all'art. 13 del d.lgs n. 196/2003

Titolare del trattamento è il Comune di ACIREALE. I dati forniti sono utilizzati solo ed esclusivamente per le finalità strettamente connesse all'attività dell'Ente Locale, ed in particolare per lo svolgimento del presente procedimento.

Per poter partecipare allo stesso il conferimento dei dati è obbligatorio; il mancato conferimento dei dati richiesti comporta l'esclusione dalla partecipazione al programma in argomento.

La conservazione dei dati avviene tramite archivi cartacei e/o informatici.

I dati possono essere comunicati esclusivamente agli altri uffici comunali e non vengono in alcun modo diffusi.

Resta salva la normativa del diritto di accesso agli atti amministrativi di cui alla Legge 241 del 7 agosto 1990 e successive modificazioni ed integrazioni.

Firma del richiedente