

ALLEGATO "A"

All'Ambito Territoriale di Corigliano Rossano
Comune Capofila Corigliano Rossano

protocollo.coriglianorossano@asmepec.it

OGGETTO: ISTANZA DI AMMISSIONE AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE PER DISABILI GRAVI – FNA ANNUALITA' 2016/2017 – DGR N. 638/2018.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____

(____) il ___/___/___ residente a _____ in via _____

_____ n. _____, C.F. : ___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___

telefono _____ /cellulare _____

e-mail _____ PEC _____

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 del Comune Capofila di Corigliano Rossano;

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 (l. 104/1992- art. 3, co. 3)

invalidità grave certificata (100%)

ALLEGA alla presente:

Certificazione di disabilità ex L. n. 104/92 art. 3 co. 3

Certificazione di invalidità 100%

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 provvedimento di nomina all'ufficio di tutore/amministratore di sostegno (eventuale)

AUTORIZZAZIONE LEGGE SULLA PRIVACY

Si autorizza il trattamento dei dati rilasciati, esclusivamente per l'espletamento del servizio di assistenza domiciliare, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali "e ss.mm.ii." e Regolamento UE-GDPR n. 2016/679.

(Luogo e data)

(Firma leggibile)