ALLEGATO “A”

 All’Ambito Territoriale di Corigliano Rossano

 Comune Capofila Corigliano Rossano

 protocollo.comunecoriglianorossano@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)