

Oggetto: Richiesta ammissione servizio **assistenza domiciliare anziani non autosufficienti non in ADI – Fondi PAC – Il riparto.**

Il/la sottoscritt_ _____
nato/a _____ il _____
residente a _____ via _____
tel. n. _____

chiede

di essere ammess_ a beneficiare del servizio indicato in oggetto.

Allega alla presente:

- 1) certificato di invalidità al 100%;
- 2) attestazione ISEE socio-sanitario in corso di validità;
- 3) copia di valido documento di riconoscimento.

All'uopo dichiara (segnare la voce che interessa)

- a) di essere titolare di indennità di accompagnamento;
- b) di non essere titolare di indennità di accompagnamento.

Il/la sottoscritt_ si impegna a comunicare il venir meno delle condizioni per fruire dei benefici connessi con la presente dichiarazione entro il termine di gg. 30 dal loro verificarsi.

Dichiara di essere consapevole che per la fruizione delle prestazioni richieste è prevista l'eventuale compartecipazione al costo del servizio in base ai criteri dettati dal D.A. 15/04/2003.

Il/la sottoscritt_ dichiara di essere consapevole delle responsabilità penali che si assume, ai sensi dell'art.76 del D.P.R. n. 445/2000, in caso di dichiarazioni false e mendaci.

Dichiara, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui alla legge 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa nei modi e nei limiti necessari per perseguire le suddette finalità, anche nel caso di eventuali comunicazioni a terzi.

_____li _____

IL DICHIARANTE
