

OGGETTO: Domanda per l'ammissione al servizio di "Assistenza Domiciliare Anziani" Legge 328/2000 – Piano di Zona - Rimodulazione del Riequilibrio Temporale del Piano di Zona in ordine alla Riprogrammazione delle Risorse 2001/2003 – Risorse 2004/2006 e Premialità

Il/La sottoscritto/a _____,
nato/a a _____ il _____
(C.F. _____) e residente in San Cataldo,
CAP 93010 - Prov. CL - Via _____, n. _____,
(Tel./Cell. n. _____), nella qualità di:

- se stesso;
 coniuge;
 parente; (_____);
 affine; (_____);

CHIEDE

L'ammissione al servizio di Assistenza Domiciliare

- SE STESSO
- A FAVORE DI :

Cognome:	Nome:	Luogo di nascita:
Data di nascita:	Luogo di residenza:	Indirizzo:
		Recapito Telefonico:

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, e della decadenza dai benefici nel caso di dichiarazione non veritiera, secondo quanto disposto dall'art. 75 dello stesso D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA:

- di essere a conoscenza di quanto previsto nell'Avviso Pubblico Distrettuale e di accettarne le condizioni;
- che il proprio nucleo familiare è composto da :

Nr.	Cognome e Nome	Luogo di nascita	Data di nascita

Ai fini dell'ammissione al servizio allega alla presente:

- Copia fotostatica dell'attestazione ISEE del nucleo familiare del beneficiario in corso di validità, impegnandosi di produrre all'Ufficio competente, nel caso di rinnovo per scadenza validità, l'ISEE aggiornato, ai fini della rivalutazione della eventuale quota di compartecipazione al costo del servizio;
- Copia del documento di riconoscimento, in corso di validità, dell'istante e del beneficiario;
- Eventuale certificazione sanitaria attestante la non autosufficienza o disabilità del beneficiario;
- Altro – eventuale certificazione sanitaria di non autosufficienza e/o disabilità grave della rete parentale (figli) che supporta l'anziano/disabile nella gestione quotidiana;

San Cataldo, _____

FIRMA _____

Il/la sottoscritto/a acconsente che, in riferimento al D.Lgs. 196/2003 e s.m.i. , i dati personali inseriti nel presente modulo, siano oggetto di trattamenti quale registrazione, conservazione, elaborazione etc. da parte dell'Ufficio Politiche Sociali del Distretto Socio Sanitario n° 11 sia per l'uso strettamente necessario cui la presente è riferita sia per la costituzione di una banca dati distrettuale . Il richiedente dichiara di essere a conoscenza dei diritti previsti dal D.Lgs. 196/2003 e s.m.i..

San Cataldo li _____

DICHIARANTE
