

ALLEGATO "A"

All'Ambito Territoriale di Corigliano Rossano

Comune Capofila Corigliano Rossano

AL COMUNE DI CROSIA

protocollo.comunecrosia@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)