

Comune di Castell'Umberto

Città Metropolitana di Messina

CAPOFILA SUB-AMBITO A.O.D. 3

Del Distretto Socio Sanitario n. 31 – Legge 328/2000

Al Signor Sindaco del Comune di _____

**OGGETTO: Richiesta servizio di assistenza domiciliare disabili "PROGETTO ANCHE A CASA STO BENE",
mediante voucher - INTEGRAZIONE AL P.D.Z. 2013/2015 - II ANNUALITA'**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ residente in _____ via _____
n. _____

Codice fiscale n. _____ tel. _____

CHIEDE

- Per se stesso Per la persona sotto indicata, agendo in qualità di: Genitore del minore
 Tutore Rappresentante legale

Cognome e nome _____ nato/a a _____ il _____
residente in _____ via _____
n. _____

Codice fiscale n. _____ tel. _____

l'ammissione al servizio di ASSISTENZA DOMICILIARE DISABILI " PROGETTO ANCHE A CASA STO BENE", mediante voucher

relativamente alle seguenti prestazioni:

- Aiuto domestico
 Disbrigo pratiche e sostegno psicologico
 Igiene e cura della persona

A tal fine, consapevole che in caso di false dichiarazioni andrà incontro alle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000 e decadrà dai benefici eventualmente conseguiti, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del citato D.P.R.,

DICHIARA:

- di possedere i requisiti previsti dalla legge per l'ammissione al servizio;
- che è disposto a pagare l'eventuale quota di compartecipazione;

Il sottoscritto/a esprime inoltre il suo consenso al trattamento dei dati personali ivi compresi quelli sensibili ai sensi del D.lgs n. 196 del 2003.

- di essere a conoscenza che i dati personali e sensibili qui forniti sono trattati esclusivamente ai fini dell'istruttoria della presente e del fatto che tali dati verranno comunicati ai soggetti che erogano il servizio o la prestazione richiesta e ad ogni altro soggetto a cui si renda necessario comunicarli ai fini della corretta e completa istruttoria della pratica;

Allega:

- attestazione ISEE, comprensiva di dichiarazione sostitutiva unica avente valenza dall'1.1.2015, in corso di validità
 copia del documento di riconoscimento;
 verbale della Commissione, attestante l'invalidità civile al 100% con accompagnamento;
 certificazione attestante la disabilità grave, art. 3, comma 3, della legge n. 104/92.
 certificato del medico di medicina generale, attestante le condizioni di disabilità grave, non autosufficienza, corredato della copia dell'istanza di riconoscimento della stessa ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge n. 104/92.

Data _____

Firma _____