

All'Ufficio Affari Generali

del Comune di Mormanno

OGGETTO: Richiesta Servizio di Assistenza Domiciliare - Progetto "NON PIU' SOLI"

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____
il _____ e residente a _____ in Via _____ C.F.:
_____ tel _____,

CHIEDE

di poter beneficiare, nell'ambito del progetto "NON PIU' SOLI" attivato da Codesta Amministrazione, di

- Servizio di Assistenza Domiciliare con intervento di assistente domiciliare
- Servizio di Assistenza Domiciliare con intervento di operatore socio-sanitario
- per se stesso/a
- per il/la Sig./ra _____

(indicare di seguito il grado di parentale* con il/la beneficiario/a) _____

*Grado di parentela: marito/moglie figlio/a genero/nuora nipote altro

nato/a a _____ il _____ e residente a _____ in Via
_____ C.F.: _____ tel _____.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso atti falsi richiamate all'art. 76 del D.P.R. n.445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

che il/la destinatario/a del servizio

- è portatore/portatrice di handicap con grado di invalidità inferiore ai 2/3
- è portatore/portatrice di handicap con grado di invalidità superiore ai 2/3 - art.3, c. 1
- è portatore /portatrice di handicap in situazione di gravità – art. 3, c. 3
- è invalido nella misura del _____
- non fruisce di servizi analoghi erogati da altre pubbliche amministrazioni

Allega alla presente:

- Copia verbale attestante lo stato di handicap/invalidità rilasciato dalla Commissione Medica;
- Documento d'identità.

Dichiara di essere informato, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e, comunque, in modo da garantirne la sicurezza e la riservatezza, secondo quanto previsto dal Regolamento UE n. 679/2016 in materia di protezione dei dati personali e dal D.Lgs. n. 196/2003, per le disposizioni non incompatibili con il citato Regolamento UE.

Mormanno, li _____

(firma)
