

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

Allega alla presente:

- Copia verbale attestante lo stato di handicap rilasciato dalla Commissione Medica L.104/92;
- 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 )  
\_\_\_\_\_