

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)
