

Distretto Socio-Sanitario n. 31

(Comune Capofila S. Agata Militello – prov. ME)

Prot. n. _____ del _____

Al Signor Sindaco del Comune di

.....

OGGETTO: Richiesta servizio di assistenza domiciliare diversabili PROGETTO "SOLLIEVO"– Anno 2015.

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 DIVERSABILI " PROGETTO SOLLIEVO"- Anno 2015,
relativamente alle seguenti prestazioni:

- Aiuto domestico
 Assistenza infermieristica
 Disbrigo pratiche e sostegno psicologico
 Igiene e cura della persona
 Attività di socializzazione da espletarsi in centro incontro

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 28/12/00 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;
- di essere a conoscenza che, nel caso di erogazione del contributo richiesto, potranno essere eseguiti controlli diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite anche attraverso il confronto dei dati in possesso degli uffici competenti e del sistema informativo del Ministero delle Finanze. Il sottoscritto è consapevole che ai fini della continuità del contributo, i requisiti dichiarati e accertati dovranno permanere per il periodo complessivo del contributo stesso e si impegna a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione concernente la presente dichiarazione che dovesse verificarsi, fermo restando che la mancanza di dette comunicazioni laddove gli accertamenti d'ufficio dimostrino una situazione modificata, comporterà la decadenza del contributo ed ogni altra eventuale azione e sanzione conseguenti alla natura dell'omissione stessa.
- 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, redatta secondo quanto stabilito dal Decreto 7.11.2014 emanato dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, pubblicato sulla GU 267/2014;
- 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
