

Oggetto: Domanda di accesso al servizio.

Il/La \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_ alla via  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, telefono  
\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

CHIEDE

di usufruire del servizio di **ADI anziani**  **ADA anziani**  **ADIH disabili**   
**Telesoccorso anziani**

NB: E' possibile chiedere l'accesso solo ad uno dei servizi domiciliari previsti, il luogo dei rispettivi requisiti di accesso indicati nell'Avviso. Il servizio di telesoccorso può integrarsi con i servizi domiciliari.

A tal fine, il/la sottoscritto/a ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali prevista dall'art. 76 del medesimo DPR 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni ivi indicate,

DICHIARA

Di essere in possesso dei requisiti richiesti nell'Avviso Pubblico, al fine di partecipare al servizio in oggetto. Allega alla presente:

- ✓ Attestazione I.S.E.E. del nucleo familiare ed attestazione I.S.E.E. del soggetto richiedente debitamente compilate e firmate per l'anno 2015, per fini di accesso ai servizi socio-sanitari.
- ✓ Certificato di invalidità civile con accompagnamento rilasciato dalla relativa Commissione Sanitaria.
- ✓ Certificato di invalidità, ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992, rilasciata dalla relativa Commissione Sanitaria.
- ✓ Fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità del richiedente.
- ✓ Fotocopia codice fiscale.

In Fede

\_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a acconsente al trattamento dei dati personali, ai sensi del D.lgs.vo 196/03 e s.m.i. e autorizza il Piano di Zona dell'Ambito S9 al trattamento ed elaborazione dei dati forniti per finalità statistiche e gestionali anche mediante l'ausilio di procedure informatizzate, nel rispetto della sicurezza e riservatezza necessarie.

Il, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_