

Oggetto: Istanza di ammissione al Servizio di Assistenza Domiciliare socio-assistenziale per anziani ultra 65 non autosufficienti P.A.C. Piano di intervento Servizi di Cura per gli Anziani.

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ () il _____ residente a _____

in Via _____ N° _____ C.F. _____

in qualità di _____ telefono _____

CHIEDE DI ESSERE AMMESSO AL SERVIZIO IN OGGETTO

[] per se stesso/a

[] per il/la sig/ra _____ nato/a _____ il _____

residente in _____ Via _____ N° _____

recapiti telefonici _____

DICHIARA

sotto la propria responsabilità ai sensi e per gli effetti degli artt.46 e 47 del DPR 28/12/2000 n. 445, consapevole delle sanzioni civili e penali in cui si incorre in caso di dichiarazioni mendaci (art.76) che il nucleo familiare dell' anziano è così composto (compreso l'anziano):

COGNOME	NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	RELAZIONE DI PARENTELA

- 1) Dichiarazione sostitutiva unica con Attestazione I.S.E.E. del nucleo familiare in corso di validità;
- 2) Documento di riconoscimento in corso di validità e tessera sanitaria (fotocopia);
- 3) Documentazione sanitaria di cui al relativo bando.

Floridia, li _____

Il Dichiarante

INFORMATIVA PRIVACY E CONTROLLI

Ai sensi e per gli effetti del D.lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", il sottoscritto esprime il consenso al trattamento, al trasferimento e alla comunicazione dei dati personali, e dichiara di essere stato informato che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. Dichiara, inoltre di essere stato informato e di essere consapevole che le auto-dichiarazione rese dal sottoscritto possono essere soggette a controlli effettuati dagli organi competenti su autonoma iniziativa o su richiesta dell'amministrazione comunale.

Floridia, li _____

Il Dichiarante
