

**SUB-AMBITO A.O.D. 3**  
**DEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO N.31- LEGGE 328/2000**  
**COMUNE CAPOFILA CASTELL'UMBERTO**

Al Signor Sindaco del Comune di  
San Marco d'Alunzio

**OGGETTO: Richiesta servizio di assistenza domiciliare disabili "PROGETTO ANCHE A CASA STO BENE", mediante voucher.- III^ Annualità**

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 DISABILI " PROGETTO ANCHE A CASA STO BENE", mediante voucher - Anno 2023,**

relativamente alle seguenti prestazioni:

- Aiuto domestico  
 Disbrigo pratiche e sostegno psicologico  
 Igiene e cura della persona

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 28/12/2000 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;

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**

\_\_\_\_\_