**ALLEGATO “A”**

**AL SIGNOR SINDACO DEL**

**COMUNE DI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**CHIEDE DI ESSERE AMMESSO/A AL SERVIZIO IN OGGETTO**

[ ] PER SE STESSO/A

[ ] PER IL/LA SIG/RA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_),il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**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 | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  | |  |

Allega alla presente:

1. Dichiarazione sostitutiva unica socio sanitaria con Attestazione I.S.E.E. in corso di validità relativa al beneficiario del servizio;
2. Documento di riconoscimento in corso di validità e tessera sanitaria (fotocopia) del beneficiario;
3. Documento di riconoscimento in corso di validità e tessera sanitaria (fotocopia);
4. Documentazione sanitaria di cui al relativo bando;
5. In caso di dichiarazione da persona delegata è richiesto anche Documento di riconoscimento in corso di validità dello stesso;
6. Informativa privacy ex artt. 13, 14 reg. (ue) 2016/679 e d.lgs n. 196/03 per come modificato e integrato dal d.lgs. n. 101/18

Luogo e data **Il Dichiarante**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**BARRARE E SOTTOSCRIVERE SOLO IN CASO AFFERMATIVO**

**☐** Dichiaro di non voler presentare attestazione ISEE e, pertanto, accetto che, se dovessi accedere al servizio, la mia compartecipazione economica allo stesso sarà alla massima quota prevista dalle vigenti disposizioni.

Luogo e data **Il Dichiarante**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CONTROLLI**

Il sottoscritto dichiara 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.

Luogo e data **Il Dichiarante**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_