

DEL COMUNE DI _____

DOMANDA DI AMMISSIONE – FNA 2015 – ALLEGATO "A"

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

Assistenza domiciliare per persone non autosufficienti in condizione di Disabilità – Grave e Gravissima

PER SE STESSO/A

PER IL/LA SIG/RA

nato/a a _____ (____), il _____

e residente a _____

via _____, n° _____

C.F. _____

In qualità di _____, 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 anagrafico è così composto:

COGNOME	NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	GRADO 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 (fotocopia) del dichiarante;
4. Documentazione sanitaria: SVAMA e/o certificato di invalidità ed ogni altra documentazione sanitaria ritenuta utile.

() di accettare la massima quota di compartecipazione prevista dalle vigenti disposizioni, non presentando attestazione ISEE, in tale caso lo scrivente si impegna al versamento di € 1,50 orari.

Luogo e Data

Firma
