



AMBITO TERRITORIALE NA/20

(Ex Ambito Territoriale NA/8)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

Il _____ residente in _____ alla via _____

tel. _____, a conoscenza di quanto prescritto dall'art.47 D.P.R. 28/12/2000 n°445 sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere;

CHIEDE

IL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE ANZIANI ED INTERVENTI ESSENZIALI DI ASSISTENZA TUTELARE PER ANZIANI FRAGILI.

DICHIARA

di essere a conoscenza delle modalità e criteri di fruizione del servizio e di essere consapevole **dell'obbligo di compartecipazione alla spesa** nei modi previsti dal regolamento per l'Accesso al Sistema Integrato Locale dei servizi e degli Interventi Sociali dell'Ambito NA/8; dichiara, inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti, di cui all'art. 10 della Legge 675/96 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

ALLEGA I SEGUENTI DOCUMENTI:

- Modello I.S.E.E dell'anno di riferimento completo di dichiarazione sostitutiva;
- Certificato medico;
- Copia del documento di riconoscimento in corso di validità;
- Altra documentazione utile per la valutazione del caso.

Il/La dichiarante