



CITTÀ DI ACERRA

Provincia di Napoli

Medaglia d'Oro al Merito Civile (D.P.R. del 17/06/1999)

AMBITO TERRITORIALE NA/20

Comune Capofila Acerra

All'Ambito Territoriale NA/20

Comune di Acerra

Il/La sottoscritt _____ nat _____ il _____

Telef _____ residente in Acerra alla via _____, in qualità

di _____ del diversamente abile _____ nato

a _____ il _____ 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

Per se stesso e/o per il proprio congiunto che le venga concesso il **SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIALE ED INTERVENTI ESSENZIALI DI ASSISTENZA TUTELARE INTEGRATA PER PERSONE DISABILI.**

DICHIARA

Di essere a conoscenza delle modalità e criteri di fruizione del servizio e di essere consapevole dell'**obbligo di compartecipare alla spesa** nei modi previsti dal Regolamento per l'Accesso al Sistema Integrato Locale dei Servizi e degli interventi Sociali;

dichiara, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti, di cui all'art. 10 della l. 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

1. modello I.S.E.E. dell'anno di riferimento completo di D.S.U.(dichiarazione sostitutiva unica);
2. copia decreto di invalidità rilasciato dall'ASL competente;
3. copia accertamento dell'handicap L. 104/92;
4. copia del documento di riconoscimento in corso di validità.

Li _____

Il/la Dichiarante