



CITTÀ DI ACERRA

Provincia di Napoli

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

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____
a _____ tel. _____ residente in _____
in via _____

a conoscenza di quanto prescritto dell'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

di essere ammesso al **SERVIZIO DI TELESOCORSO/TELEASSISTENZA**

DICHIARA

di essere a conoscenza delle modalità e criteri di fruizione del servizio e di essere consapevole dell'eventuale obbligo di compartecipare 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, altresì, di trovarsi in una o più delle seguenti condizioni:
(barrare la voce che interessa)

Con n. _____ persona minore di età a carico	<input type="checkbox"/>
Convivente con n. _____ persona con invalidità, certificata, fino al 66%	<input type="checkbox"/>
Convivente con n. _____ persona con invalidità, certificata, superiore al 66% e fino al 74%	<input type="checkbox"/>
Convivente con n. _____ Persona con invalidità, certificata, dal 74% e fino al 99%	<input type="checkbox"/>
Convivente con n. _____ persona con invalidità, certificata, del 100%	<input type="checkbox"/>
Persona di età superiore ai 65 anni, che vive sola	<input type="checkbox"/>
Persona di età superiore ai 65 anni, che vive in coppia (entrambi ultresessantacinquenni)	<input type="checkbox"/>
Persona di età superiore ai 65 anni convivente con persona diversamente abile, certificata ai sensi dell'art. 3 L. 104/92	<input type="checkbox"/>
Persona di età superiore ai 65 anni, che vive in coppia (entrambi ultresessantacinquenni) con persona diversamente abile, certificata ai sensi dell'art. 3 L. 104/92	<input type="checkbox"/>

e 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

- a. modello I.S.E.E. dell'anno di riferimento completo di dichiarazione sostitutiva;
- b. verbale di invalidità civile (solo per le persone disabili);
- c. copia del decreto rilasciato ai sensi della Legge 104/92, punto 4 (solo per le persone disabili);
- d. copia di documento di riconoscimento in corso di validità;
- e. ogni altra documentazione utile per la valutazione del caso, (specificare)

Li _____

Il/La Dichiarante
