

Allegato A

All'Ufficio dei Servizi Sociali
del Comune di _____

SEDE

OGGETTO: Istanza per il Servizio di "Assistenza Domiciliare Anziani" Piano di zona 2021 (FNPS 2020) macro livello: rafforzamento delle politiche sociali territoriali. CUP C11J24000240002.

_____, sottoscritt _____ nat _____ il _____
(età _____) A _____ residente nel comune di _____
in via _____
Codice Fiscale: _____ Tel. _____

CHIEDE

Di essere ammessa/o fruire e beneficiare del Servizio di Assistenza Domiciliare Anziani, finanziato con il piano di zona 2021 (FNPS 2020) macro livello: rafforzamento delle politiche sociali territoriali. CUP C11J24000240002

A tal fine **DICHIARA** sotto la propria responsabilità personale:

☐ Di vivere da solo oppure di vivere con il coniuge di anni _____

☐ Di vivere con altri (specificare):

☐ Di avere i seguenti familiari NON CONVIVENTI, ma residenti nello stesso
Comune _____

☐ Di avere i seguenti familiari NON CONVIVENTI e NON residenti nello stesso
Comune _____

☐ Le persone sopra citate sono nell'impossibilità di assistermi in quanto:

☐ Di beneficiare o di NON beneficiare di altri interventi di assistenza analoghi per tipologia e/o prestazione a valere sul fondo per la non autosufficienza (disabili gravi, disabili gravissimi, etc). Specificare quali: _____

o Di essere titolare di una certificazione ISEE in corso di validità di € _____

Allega alla presente:

1. Copia attestazione ISEE in corso di validità;
2. Copia Carta di Identità e Tessera Sanitaria;

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali, ai sensi del D. lgs. 196 del 30 giugno 2003 e successive modificazioni, integrazioni e aggiornamenti in materia e del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente istanza viene presentata.

Data e Luogo

FIRMA
