

COMUNE DI ASCOLI PICENO
Settore Servizi Sociali

OGGETTO: richiesta erogazione S.A.D. Disabili

Il/la sottoscritt _____
nat _____ il _____ a _____, residente in
_____, Via _____ n. _____,
recapito telefonico _____, in qualità di _____

CHIEDE

l'erogazione del Servizio di Assistenza Domiciliare a favore del/la
sig/sig.ra _____, nat_ _____ il

a _____, residente ad Ascoli Piceno, in
Via _____, n. _____, recapito telefonico _____.

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali che si assume, dichiara che il disabile:

- è in possesso del riconoscimento dell'invalidità civile al _____ %;
- è in possesso dell'indennità di accompagnamento;
- è in possesso del riconoscimento dell'handicap L. 104/92;
- usufruisce del Servizio "A.D.I" dell' AREA VASTA N° 5;

allega alla presente;

- attestazione modello ISEE
- copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

Il richiedente, qualora si verificano variazioni rispetto a quanto dichiarato, si impegna a presentare la relativa documentazione aggiornata.

..l. sottoscritt., in conformità all'informativa di cui all'art.13 del D.lgs. 196/2003, autorizza il trattamento dei dati personali allo scopo di consentire lo svolgimento del procedimento relativo alla pratica di cui all'oggetto ed è a conoscenza dei diritti attribuiti dall'art.7 del D.lgs. 196/03.

..l. sottoscritt., si impegna altresì a comunicare ogni evento che determini variazioni della propria situazione familiare e a fornire, a richiesta dell'Ufficio, qualsiasi ulteriore informazione o documentazione necessarie per l'espletamento della pratica di cui all'oggetto.

Ascoli Piceno, li _____

Firma _____