

Al Sig. Sindaco del Comune di
CAMPOFIORITO

__l__ sottoscritt _____ nat __ a
_____ il _____ e residente in
_____ Via _____ n.____
recapito telefonico (obbligatorio) _____,

C H I E D E

di essere ammesso al servizio di ATTIVITA' SOCIALMENTE UTILI in favore degli anziani ed in particolare chiede che gli siano concesse le seguenti prestazioni:

- () – SOSTEGNO MORALE E PSICOLOGICO;
- () – PULIZIE DOMESTICHE;
- () – DISBRIGO PRATICHE .

(N.B: segnare con una "X" le prestazioni richieste)

A tal fine consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, così come stabilito dall'art. 76 del testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – DPR 28-12-2000, n. 445, dichiara che il proprio nucleo familiare è così composto:

| Cognome e Nome | Data di nascita | Rapporto parentela | Codice Fiscale |
|----------------|-----------------|--------------------|----------------|
| | | RICHIEDENTE | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Allega al tal fine i seguenti documenti:

- () Dichiarazione sostitutiva unica valevole per la richiesta di prestazioni agevolate o per l'accesso agevolato ai servizi di pubblica utilità (D. Lgs. 31-03-1998, n.109, come modificato dal D.Lgs: 03-05-2000, n.130) ;
- () Indicatore ISEE;
- () Fotocopia documento di identità.

Dichiara, altresì, che, in atto, tutti i componenti il proprio nucleo familiare non beneficiano dell'assistenza domiciliare o dell'assistenza domiciliare integrata, erogata da qualsiasi Ente (Comune, Distretto Socio Sanitario, Regione).

I soggetti di maggiore età componenti il nucleo familiare, si impegnano a comunicare, all'Ufficio Servizi Sociali del Comune di Campofiorito, ogni variazione di quanto sopra dichiarato, entro 30 giorni.

Autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003 e successive modifiche ed integrazioni.

Campofiorito li, _____

FIRMA DEL RICHIEDENTE
