

Oggetto: Servizi di sostegno domiciliare - richiesta di attivazione -

__1__ sottoscritt__, _____
Cod.Fisc. _____ nato a _____ il _____
e residente a _____, in via/p.zza _____
_____ n. _____ telefono _____

Vista, letta e accettata la disciplina relativa all'erogazione degli interventi e dei servizi socio-assistenziali

CHIEDE

l'attivazione dei seguenti Servizi di sostegno domiciliare:

- Assistenza Domiciliare
- Servizio pasti
- Telesoccorso

a favore di (relazione parentela, cognome e nome) _____
Cod.Fisc. _____ nato a _____ il _____
e **residente a San Felice d/B**, in via/p.zza _____ n. _____
frazione _____ telefono _____

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dall'art.26 della legge n.15/1968, richiamato dall'art.6, comma 2, del D.P.R.n.403/1998,

ALLEGA LA DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA UNICA

necessaria ad attestare il proprio Indice di situazione economica equivalente (ISEE), ai sensi del Decreto legislativo 31 marzo 1998, n.109 e successive integrazioni e modificazioni (c.p.r. al Decreto legislativo 3 maggio 2000, n.130).

Al fine di agevolare la Pubblica Amministrazione nell'espletamento dei controlli previsti dalla legge in ordine alla veridicità di quanto autocertificato nella predetta dichiarazione, produce, altresì, copia della seguente documentazione:

San Felice d/B, _____ Firma: _____

Informativa ai sensi del D.lgs. n. 196/2003: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.