

AL COMUNE DI .....- SETTORE POLITICHE SOCIALI

**DOMANDA DI ACCESSO ALL'ASSEGNO DI CURA PER PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI - ANNO 2013.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale n. \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_  
Domiciliato in via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_  
Tel \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_  
in qualità di:

soggetto non autosufficiente riconosciuto invalido al 100% e in possesso di indennità di accompagnamento;

familiare: (grado di parentela).....;

esercente la tutela;

del sig./sig.ra \_\_\_\_\_  
invalido/a al 100% in possesso di indennità di accompagnamento nato/a il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
domiciliato in via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_  
Tel \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**di poter accedere al contributo "assegno di cura" per persone non autosufficienti - anno 2013.**  
Ai sensi degli artt. 46,47,76 e 77 del DPR 445/2000 e consapevole che le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti al vero sono puniti ai sensi del codice penale e dalle leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

che le funzioni assistenziali verranno svolte presso il domicilio della persona assistita con l'ausilio di un'assistente domiciliare privata in possesso di regolare contratto di lavoro;

che la persona assistita usufruisce di altri servizi comunali (servizio assistenza domiciliare/centro diurno per più di tre giorni settimanali);

che il reddito anagrafico ISEE della persona non autosufficiente relativo all'anno 2011 è pari a € \_\_\_\_\_ come risulta dalla relativa certificazione allegata ;

che la persona non autosufficiente , in quanto interdetta/inabilitata usufruisce di tutela/curatela/amministratore di sostegno come da provvedimento del Tribunale di \_\_\_\_\_ sentenza n° \_\_\_\_\_ emessa in data \_\_\_\_\_

**DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA:**

- copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità
- copia del verbale di riconoscimento di invalidità
- copia certificato medico specialistico attestante diagnosi di non autosufficienza
- copia dichiarazione ISEE relativa ai redditi dell'anno 2011
- piano individuale di intervento

Io sottoscritt..... dichiaro di essere a conoscenza che, in caso di accoglimento della presente richiesta, sono tenuto a segnalare a codesto servizio del Comune di....., non oltre 30 giorni dal suo verificarsi, qualsiasi variazione della composizione sopra indicata della famiglia, dei redditi sopra documentati e quanto altro dichiarato nella presente.

Dichiaro, altresì, di essere a conoscenza che l'Amministrazione Comunale è tenuta a procedere ad idonei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive e che in caso di dichiarazioni nonveritiere il dichiarante decade dai benefici conseguenti a detta dichiarazione.

**Consegna la presente domanda in data** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_

#### **CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI**

**(Decreto Lgs. 30/06/2003 n. 196)**

Il sottoscritto previamente informato, autorizza la raccolta dei dati per l'emanazione del provvedimento amministrativo ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 30/06/2003 n. 196, a seguito dell'istanza presentata a codesto Ente. Autorizza inoltre il Comune di Rieti ad utilizzare i dati forniti con la presente domanda e quelli in possesso dell'Ente a qualsiasi altro titolo per la gestione completa del servizio erogato, anche mediante il coinvolgimento di persone o società esterne.

li \_\_\_\_\_

**Firma del richiedente** \_\_\_\_\_