



ALL'UFFICIO SERVIZI SOCIALI DEL COMUNE DI CARBOGNANO

OGGETTO: ISTANZA SERVIZIO "ASSISTENZA ALLA PERSONA"

Il/La sottoscritto/a _____,

nato/a a _____, (prov. ____), il ___/___/_____,

codice fiscale _____

consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del D.P.R. n. 445/2000 in caso di rilascio di dichiarazioni mendaci, ovvero di formazione od utilizzo di atti falsi,

CHIEDE

di poter usufruire del servizio "Assistenza alla persona", istituito con Delibera G. C. n. 99 del 12.12.2018.

A tal fine dichiara :

- **Di essere residente nel Comune di Carbognano;**

- **Di essere privo di contorno familiare;**

- **Di appartenere ad una delle seguenti fasce di popolazione (segnare la categoria appartenente):**

- Ultra 65enne con ridotta capacità motoria;
- portatore di handicap con ristretta autonomia;
- persona con funzioni motorie temporaneamente limitate;
- Altro: _____

Recapiti per eventuali comunicazioni

Tel _____, Cell _____, fax _____

e-mail _____

Il/La sottoscritto/a, inoltre **dichiara:**

- che le informazioni riportate nella presente istanza, comprensive degli allegati, corrispondono al vero e sono accertabili ai sensi dell'art. 43 del DPR n. 445/00, ovvero documentabili su richiesta delle amministrazioni competenti;
- di essere informato, ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 (ss.mm.ii), che i dati personali acquisiti con la presente istanza sono forniti per determinare la sussistenza in capo all'istante, delle condizioni di ammissibilità al Servizio "Assistenza alla persona" e non potranno essere trattati per l'invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale;
- che la sottoscrizione e presentazione della presente istanza equivale ad autorizzazione al trattamento dei dati personali forniti e che il rifiuto al trattamento dei dati non consentirà di accedere al Servizio.

Carbognano li _____

(Firma del richiedente)

ALLEGA FOTOCOPIA DOCUMENTO DI IDENTITA'