



**DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D4
CASTELTERMINI (AG) capofila**

Ambito territoriale Cammarata - Casteltermini - San Giovanni Gemini

All'Ufficio di Servizio Sociale del Comune

di _____

SERVIZIO ASSISTENZA DISABILI

Il sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ residente in Via _____ n. _____
C.F. _____ tel. _____ (campo obbligatorio).

CHIEDE

Per se stesso

Per il familiare Nome e Cognome _____

nato/a a _____ il _____ residente a _____

via _____ C.F. _____

di accedere all'erogazione dei **servizi di Assistenza Disabili** presso i Comuni del Distretto Socio-Sanitario D4, previsti nel Piano di Zona 2013/15 finanziati con la L.328/2000, mediante voucher di servizio è utilizzabile unicamente presso gli Enti accreditati e iscritti all'Albo Distrettuale – sezione disabili.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e di uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 e del DPR n.445 del 28/02/2000 e s.m.i.

DICHIARA

di essere cittadino/a italiano;

di essere residente nel Comune di _____;

di aver preso visione e di accettare il Bando per l'erogazione del Voucher (Buoni di Servizio) per i servizi di Assistenza Disabili presso i Comuni del Distretto Socio-Sanitario D4;

Allegati:

- D.S.U. (Dichiarazione Sostitutiva Unica) corredata da attestazione ISEE, in corso di validità;
- Copia documento attestante il requisito d'accesso (art.3 della L.104/92);
- Fotocopia del documento di identità e Codice Fiscale e/o Tessera Sanitaria del disabile e/o del familiare;
- Ogni altra documentazione ritenuta utile e finalizzata ad una corretta valutazione dei bisogni.

_____ li _____

IL RICHIEDENTE/ DICHIARANTE

Formula di acquisizione al consenso dell'interessato al trattamento dei propri dati personali

Il/la sottoscritto interessato, acquisite le informazioni fornite dagli Enti titolari del trattamento ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 (Regione e Comune), con la firma apposta alla presente scheda informativa, attesta il proprio consenso affinché i titolari procedano ai trattamenti dei dati personali per le finalità specifiche dell'intervento di cui alla presente domanda.

_____ Li _____

IL RICHIEDENTE
