

DICHIARA

che il nucleo familiare del beneficiario residente a in Via
.....

è così composto:

NOOME	COGNOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	RELAZIONE DI PARENTELA

che usufruisce di :

- assistenza domiciliare
- altri servizi di assistenza pubblica erogati da.....;

ALLEGA alla presente:

1 Attestazione ISEE 2016;

2 Documentazione sanitaria: Copia Verbale Commissione Invalidi Civili attestante l'Invalidità Civile pari al 100% o certificazione attestante il grado di disabilità prevista ai sensi dell'art.3 comma 3 dalla Legge 104/1992 o certificato di non autosufficienza (SVAMA), nei casi di non autosufficienza recente;

4 Scheda SVAMA

3 Fotocopia carta d'identità in corso di validità del richiedente e/o del beneficiario.

AUTORIZZA

il Comune di al trattamento dei dati rilasciati, esclusivamente per l'espletamento del servizio di assistenza domiciliare, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e ss.mm.ii. con le modalità indicate nell'Avviso pubblico.

(Luogo e data)

.....

(Firma leggibile)

.....