

Al Comune di Alcamo
Capofila del Distretto Socio-Sanitario n. 55

**OGGETTO: RICHIESTA DI CONTRIBUTO PER RICOVERI DI SOLLIEVO IN STRUTTURA
RESIDENZIALE O SOCIALE -**

Il sottoscritto _____ nato a _____
Prov. _____ il _____ Codice Fiscale _____
residente in _____ nella Via _____
n. telefono _____ e-mail _____

CHIEDE

Il ricovero per il proprio familiare _____
presso la struttura _____
dal _____ al _____

Ai sensi e per gli effetti del D.P.R. n. 445/2000, artt. 46-47-48, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, cui può andare incontro in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici conseguiti a seguito di un provvedimento adottato in base ad una dichiarazione rivelatasi mendace,

DICHIARA

- che la persona per cui viene chiesto il ricovero, usufruisce dell'assistenza domiciliare e si trova nel seguente stato:
 - Anziano con invalidità riconosciuta al 100% con indennità di accompagnamento;
 - Disabile grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/92;

- di essere residente nel Comune di _____ facente parte dell'Asp n. 9 del Distretto Socio-Sanitario n.55.

Allega alla presente la seguente documentazione:

- Verbale d'invalidità riconosciuta al 100% con indennità di accompagnamento per gli anziani;
- certificazione di gravità ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/92 per disabili gravi;
- attestazione ISEE, relativa ai redditi del nucleo familiare, comprensiva di dichiarazione sostitutiva unica, (in corso di validità), non superiore a € 25.000,00;
- fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità;
- fotocopia copia del codice fiscale;

Il/la sottoscritto/a autorizza, ai sensi dell'art. 23 del Dlgs 196/2003, il Comune di _____, al trattamento dei propri dati personali per l'istruzione della pratica relativa all'ammissione al contributo.

Data _____

Firma
