

Oggetto: Domanda per l'accesso al S.A.D " Servizio assistenza domiciliare anziani.

Il /la sottoscritto/a (Cognome e Nome)
Nato aProv. di il
Residente in (Comune)
Vian°.....
Telefono Cellulare
Codice Fiscale

CHIEDE

di partecipare all'AVVISO di cui all'oggetto e **DICHIARA**, consapevole della responsabilità penale in cui incorre chi sottoscrive dichiarazioni mendaci e delle relative sanzioni penali di cui all'art.76 del d.p.r. 445/2000, nonché delle conseguenze amministrative di decadenza dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato, ai sensi del d.p.r./12/2000 n.445, che i fatti, stati e qualità riportati nei successivi paragrafi corrispondono a verità :

- Che il proprio nucleo familiare ha un reddito ISEE anno 2015 di : _____;
così come da attestazione ISEE 2015 che di allega;
- Di possedere una invalidità pari a _____ coma da certificazione che si allega (spuntare il presente requisito solo se invalido);
- Di non possedere la pensione di accompagnamento;
- Di non convivere con altri familiari dai quali possono essere accuditi;
- Di non essere seguito ed accudito da una badante.
- Di non avere figli non conviventi presenti sul territorio

Data _____

Firma

Il /La sottoscritt _____ autorizza il Comune di Gorgoglione al trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del d.lgs. n. 196/2003.

Data _____

Firma
