

AL SIG. SINDACO

OGGETTO: RICHIESTA PER ASSISTENZA DOMICILIARE ADI-ADH

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____ NATO/A _____ PROV. _____

IL _____ E RESIDENTE A _____

ALLA VIA _____ N° _____

CODICE FISCALE _____

CELL. _____ E-MAIL _____

NELLE SUE QUALITÀ DI GENITORE/TUTORE/CURATORE DI _____

NATO/A _____ PROV. _____ IL _____, IN POSSESSO DI UNA
INVALIDITÀ CIVILE PARI AL 100% , FA RICHIESTA ALLA S.V.

PER LA SEGUENTE PRESTAZIONE :

- ASSISTENZA DOMICILIARE ADI-ADH

DICHIARA

- Che il destinatario dell'intervento è al 100% invalido.
- D'essere informato che, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del d.lgs. n° 196 del 30 giugno 2003, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento amministrativo per il quale la presente dichiarazione viene resa.
- Di essere consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000).
- Di avere il godimento dei diritti civili e politici.

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di non aver prodotto analoga domanda presso altro Comune.

_____, lì _____

IL RICHIEDENTE
