

**Al Signor Sindaco
del Comune di RIPOSTO
del Distretto Socio-Sanitario n. 17**

**Oggetto: Richiesta Assistenza Domiciliare ai Disabili “SOLLIEVO”.
II^ Annualità della III^ Triennialità P.di Z. L. 328/00 - Anno 2017.**

__ sottoscritt_ _____ nat__ a
_____ il _____ e residente a
Riposto in via _____ n. _____, tel. _____

CHIEDE

di essere ammess__ al Servizio di Assistenza Domiciliare ai Disabili “SOLLIEVO”
per l’anno 2016, erogato nell’ambito dei servizi promossi dalla L. 328/2000.

Allega alla presente i seguenti documenti:

- Dichiarazione Sostitutiva Unica resa ai sensi del D.P.C.M. n. 159/2013
corredata dalla certificazione ISEE
- Certificazione attestante lo stato di disabilità ai sensi della L. 104/92
- Fotocopia del documento di riconoscimento.

Dichiaro di aver ricevuto le informazioni di cui all’art. 13 del D. Lgs. 196/2003.

Acconsento che i dati personali raccolti siano trattati sia manualmente sia con
l’ausilio di strumenti informatici e telematici esclusivamente nell’ambito del
procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Riposto, _____

FIRMA
