

DOMANDA DI INTERVENTO DI COMUNITA' PER ANZIANI

Il/la Sig. /a(di seguito indicato RICHIEDENTE)

nato/a a (Prov.) il

residente a

In Via.....n°

CAP.....tel..... Sesso F M

MEDICO CURANTE

Recapito :

In caso di persona che firma per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (art. 4 (R) DPR 445/2000):

il Sig./ a

Residente a in vian°

tel.....

in qualità di:

persona che può firmare per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (specificare grado di parentela) per conto del RICHIEDENTE

CHIEDE

l'attivazione degli interventi di Comunità per anziani ai sensi della D.G.R n° 218/2012

A TAL FINE AI SENSI DEL D.P.R. 28/12/2000 N. 445 E SS.MM DICHIARA CHE IL RICHIEDENTE

è domiciliato presso il luogo di residenza

oppure

è domiciliato a in via..... n°

in possesso della certificazione ISEE in corso di validità

Il sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, giusto il disposto dell'art. 76 del DPR 445/2000 e ss.mm., dichiara sotto la propria responsabilità che i dati forniti sono completi e veritieri.

Il sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente dal suo verificarsi, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati nel presente modello.

Il sottoscritto/a è consapevole che le dichiarazioni non conformi al vero e la mancata o intempestiva comunicazione delle predette variazioni comporteranno l'applicazione delle sanzioni di legge.

Di essere a conoscenza, in quanto informato ai sensi dell'art. 13 della legge n. 196/2003 e ss.mm. che i dati acquisiti con la presente autocertificazione vengono trattati dagli enti interessati per lo svolgimento delle proprie funzioni.

IL DICHIARANTE

(data) (firma)

(allegare fotocopia del documento di identità non scaduto)