



Ambito Territoriale Sociale
di _____

Domanda di ammissione al servizio di assistenza domiciliare in favore di pensionati INPDAP non autosufficienti – progetto “Home Care Premium” 2010-11

All'Ufficio di Piano dell'Ambito Territoriale Sociale
di _____
SEDE

Il sottoscritto/a Sig./ra _____ nato a _____
Il ___/___/___ e residente a _____
Cap. _____ via _____ Tel. _____
Cod. Fisc. _____

CHIEDE

di essere ammesso al servizio di assistenza domiciliare (SAD) in favore dei pensionati INPDAP non autosufficienti.

A tal fine **dichiara** sotto la propria personale responsabilità (ai sensi dell'art. 47 del D.P.R.28/12/2000, n. 445):

- di essere titolare di trattamento pensionistico INPDAP;
- di essere residente nella regione Molise;
- di essere in condizione di non autosufficienza;
- di non essere beneficiario di servizi di assistenza domiciliare erogati da enti pubblici.

Allega alla presente:

- certificazione del Medico di Medicina Generale dell'assistito (medico di famiglia) che attesti la condizione di non autosufficienza;
- situazione ISEE del nucleo familiare rilasciata ai sensi del D.lgs. 109/98 e s.m.i. da un Ente autorizzato (Caf), riferita all'ultimo anno disponibile al momento della presentazione dell'istanza;
- copia fotostatica del documento di riconoscimento del beneficiario o del legale rappresentante;
- in caso di delega copia fotostatica del documento di riconoscimento della persona delegata.

Luogo _____, data ___/___/2011

L'Assistito o il rappresentante legale

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI

Il sottoscritto _____ DICHIARA di essere stato informato, ai sensi dell'art. 13 del D.lgs 196/2003, che i dati sensibili forniti con la presente dichiarazione verranno trattati, nei limiti dei provvedimenti del garante allo scopo emanati, ai fini della valutazione dei requisiti per l'accesso ai benefici richiesti; ed inoltre che il trattamento dei dati verrà effettuato anche con l'utilizzo di procedure informatizzate e che il conferimento dei dati è necessario per l'ottenimento dei benefici richiesti e AUTORIZZA l'Ufficio di Piano al suo utilizzo.

Luogo _____, data ___/___/2011

L'Assistito o il rappresentante legale

RICEVUTA DELLA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DI ISCRIZIONE AL SAD

Il Sig./ra _____ in data odierna HA
PRESENTATO la domanda di ammissione all'avviso pubblico emesso in data __/__/2011 al fine di iscriversi al
servizio di assistenza domiciliare (SAD) in favore dei pensionati INPDAP non autosufficienti.

Luogo _____, data __/__/2011

Firma dell'Operatore
