

Distretto Socio Sanitario 31
AREA OMOGENEA DISTRETTUALE n. 2
Comuni di: Capo d'Orlando-capofila- Caprileone e Torrenova
F.N.A. Anni 2013/2014. Ricovero di sollievo.

**AL SIGNOR SINDACO
DEL COMUNE DI _____**

OGGETTO: Richiesta concessione contributo per ricovero di sollievo in struttura Socio Sanitaria per familiare convivente.

Il/la sottoscritto/a _____

nat_ a _____ il _____

C.F. _____ e residente in _____

Via/C/da _____ n. _____ tel. _____

e-mail _____ pec _____

CHIEDE

il ricovero per il proprio familiare _____

presso la struttura _____

dal _____ **al** _____.

A tal fine, consapevole che in caso di false dichiarazioni andrà incontro alle sanzioni penali, previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e decadrà dai benefici eventualmente conseguiti, ai sensi e per gli effetti dell'art. 75 del citato D.P.R. n. 445/2000,

DICHIARA

▪ Che la persona per cui viene chiesto il ricovero, usufruisce dell'assistenza domiciliare e si trova nel seguente stato:

Anziano con invalidità riconosciuta al 100% con indennità di accompagnamento;

Disabile grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/92;

▪ di essere residente nel Comune di _____ facente parte dell'A.O.D. n. 2.

▪ che il proprio nucleo familiare è così composto: _____

Allega alla presente la seguente documentazione:

▪ Verbale di invalidità riconosciuta al 100% con indennità di accompagnamento per gli anziani;

▪ Certificato di gravità ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/92 per disabili gravi;

▪ Attestazione I.S.E.E., relativa ai redditi del nucleo familiare, comprensiva di dichiarazione sostitutiva unica, (in corso di validità), non superiore a € 25.000,00;

▪ Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità;

▪ Fotocopia Copia del codice fiscale;

.....

Il/la sottoscritto/a autorizza, ai sensi dell'art. 23 del Decreto Legislativo 196/2003, il Comune di _____, al trattamento dei propri dati personali per l'istruzione della pratica relativa all'ammissione al contributo.

_____ li _____

FIRMA
