

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 se stesso.

Il/la sottoscritto/a _____

nat_ a _____ il _____

C.F. _____ e residente in _____

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

email _____ pec _____

CHIEDE

**il ricovero per se stesso 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

- Di usufruire dell'assistenza domiciliare e trovasi 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;

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
