**Al Comune di**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DOMANDA DI ASSEGNAZIONE DEL VOUCHER SOCIALE PER IL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE PER ANZIANI, DISABILI E PORTATORI DI BISOGNI TEMPORANEI .

Risorse a valere del FNPS 2016 – 2017 – 2018 - -2019 e dei Piani di zona 18/19 e 19/20

(modulo da compilare in stampatello)

**RICHIEDENTE**

II/lasottoscritto/a (cognome)..............................................(nome)........................................................

Nato/a.....................................................Prov.di...........il......................................

Residente in............................................via..............................................................n...........

Telefono......................Codice fiscale......................................................Età.............

# CHIEDE

l'assegnazione del voucher sociale, in ottemperanza a quanto previsto dalla scheda di dettaglio Azione11( A Ciascuno il suo) contenuta nel Piano di Zona 2018 -2019 in prosecuzione 2019-2020, per l'erogazione dei servizio di assistenza domiciliare rivolto ad anziani.

A tal fine, a conoscenza del disposto dell'art.76 del DPR445/2000 che testualmente recita:

1. Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia.
2. L'esibizione di un atto contenente dati non più rispondenti a verità equivale ad uso di atto falso.
3. Le dichiarazioni sostitutive rese ai sensi degli artt. 46 (certificazione) e 47 (notorietà) e le dichiarazioni rese per canto delle persone indicate nell'art. 4- 2° comma- (impedimento temporaneo) sono considerate come fatte a pubblico ufficiale.
4. (omissis).

fermo restando, a norma del disposto dell'art.75del DPR 445/2000, nel caso di dichiarazione non veritiera, la decadenza dei benefici eventualmente conseguiti e sotto la propria personale responsabilità

# DICHIARA

1. Di essere nato il........................a ;
2. Di essere residente a .................................invia........................................ n........
3. Di essere/non essere stato riconosciuto/a invalido/a civile,con percentuale d'invalidità del

......%, come da verbale numero................del..................rilasciato da

..........................................................................di....................................

**Il richiedente**

**DICHIARA INOLTRE**

* Di vivere da solo

oppure

* Di vivere con i seguenti componenti il proprio nucleo familiare:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cognome Nome | Data di Nascita  | Luogo di Nascita  | Rapporto di parentela con il richiedente  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. Di non percepire l'indennità di accompagnamento e che nessun altro componente della famiglia ne beneficia;
2. Di non avere figli;

**OPPURE**

* + Tutti i figli vivono fuori dal territorio comunale;
	+ Tutti i figli si trovano in precaria situazione sanitaria;
	+ tutti i figli sono impossibilitati a prestare assistenza in quanta gli stessi si prendono cura di un parente convivente in grave difficoltà sanitaria.

**(Nelle ultime due fattispecie è obbligatorio presentare certificazione medica specialistica di strutture pubbliche)**

1. di autorizzare l'Ufficio di Servizio Sociale Professionale del Comune di residenza ad effettuare visite domiciliari ai fini della valutazione della domanda e dei controlli sulla assistenza prestata;
2. di impegnarsi a comunicare tempestivamente al Comune di residenza: eventuali ricoveri in ospedale o altra struttura residenziale;
3. eventuali altri motivi che facciano venir meno la necessita dei servizi resi;
4. Non saranno ammesse domande presentate oltre il termine previsto dal presente avviso né sarà prevista la presentazione di ulteriore documentazione integrativa oltre lo stesso termine.

..................................,data........................

FIRMA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alla domanda dovranno essere allegati i seguenti documenti:

1. Copia documento di riconoscimento in corso di validità;
2. Eventuale documentazione asupporto delle dichiarazioni rese.

**CONSENSO DA PARTE DELL'INTERESSATO AL TRATTAMENTO E ALLA DIFFUSIONE DEI DATI SENSIBILI**

Il/La sottoscritto/a dopo essere stat\_ informat\_\_ ai sensi dell'art.13 del nuovo codice sulla privacy( D. lgs 196 del 30 giugno 2003); preso atto che i trattamenti verranno effettuati comunque nei limiti posti dalla legge inclusi i profili inerenti la salvaguardia della loro riservatezza;

ESPRIME

Il proprio consenso al trattamento dei dati che l\_\_ riguardano ai fini strettamente necessari per le attività sanitarie correlate all'oggetto della prestazione ed il proprio consenso al trattamento dei propri dati ai fini statistici epidemiologici e di ricerca scientifica, ivi includendovi la comunicazione, diffusione e il trasferimento all'estero nei casi previsti dalla legge.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 FIRMA

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_