

Distretto Sanitario n. 11

San Cataldo, Serradifalco, Montedoro, Bompensiere,
Milena, Marianopoli

Al Sig. Sindaco
Comune di MILENA

Domanda ammissione al servizio di “Alziani – Centro Ricreativo Socializzante”

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/ a _____ il _____

Residente a Milena in Via _____

C H I E D E

di ammettere _1_ Sig./ra _____ nato/a a _____

il _____, residente a Milena in via _____,

al/alla quale risulta legato/a da vincolo di : parentela, filiazione, affinità;

al servizio di “Alziani – Centro Ricreativo Socializzante”

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (ART. 46 DEL D.P.R. 28 DICEMBRE 2000, N° 445)

DICHIARA

di presentare richiesta a favore di persona disabile,

che risiede a Milena;

ALLEGA ALLA PRESENTE, pena l'esclusione:

Ø copia della certificazione medica rilasciata da una struttura sanitaria pubblica attestante la patologia;

Ø modello ISEE, anno di riferimento 2010, del nucleo familiare del disabile a cui è rivolto il beneficio ;

Ø copia fotostatica del documento di riconoscimento in corso di validità, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000;

Ø copia fotostatica del documento di riconoscimento del soggetto disabile cronico a cui è rivolto il beneficio;

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere consapevole delle responsabilità e delle conseguenze di natura civile e penale previste in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi, anche ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 ed è consapevole, altresì, che qualora si accerti la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, decadrà dal beneficio in oggetto.

Milena, _____

Firma

Il/la sottoscritto/a interessato/a, con la firma apposta alla presente autorizza al trattamento dei dati personali e sensibili per le finalità connesse con la richiesta, ai sensi della L. 196/2003

Milena, _____

Firma
