

Distretto Sanitario n. 11

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

Al Sig. Sindaco
Comune di MILENA

Domanda ammissione al servizio di "Telesoccorso e Teleassistenza"

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/ a _____ il _____

Residente a Milena in Via _____

CHIEDE

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 "Telesoccorso e Teleassistenza"

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

DICHIARA

di presentare richiesta a favore di:

- anziano/a ultrasessantacinquenne
- persona disabile,
- malato cronico

che risiede a Milena;

che vive da solo/a;

che è in possesso di rete telefonica attiva;

ALLEGA ALLA PRESENTE, pena l'esclusione:

per la persona di età superiore a 65 anni :

- certificazione del medico di famiglia attestante la condizione di salute precaria;

per la persona disabile:

- la disabilità attestata dal possesso dei benefici relativi alla L. 104/92 in situazione di gravità o in alternativa il Verbale della Commissione Invalidi Civili, attestante l'invalidità civile non inferiore all'80%;

per la persona malata cronica:

- la certificazione del medico di famiglia attestante la presenza di patologie croniche a grave rischio di salute;

modello ISEE, anno di riferimento 2010, del nucleo familiare dell'anziano/disabile/malato cronico a cui è rivolto il beneficio ;

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

copia fotostatica del documento di riconoscimento del soggetto anziano/disabile/malato 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
