

oppure domiciliato in altro Comune dell'ATS 14_(specificare indirizzo)

telefono _____ e-mail: _____

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e consapevole delle conseguenze e delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 del suddetto D.P.R. 445/2000, nel caso di dichiarazioni false o comunque non rispondenti al vero, sotto la propria responsabilità:

DICHIARA che l'aspirante beneficiario / il/la sottoscritto/a

- ▶ è residente nel Comune di.....e ivi domiciliato o domiciliato nel Comune di _____ appartenente all'ATS n.14;
- ▶ ha compiuto 65 anni alla data di scadenza dell'avviso pubblico per l'ammissione al servizio sperimentale d'Ambito di assistenza domiciliare in favore di persone affette da demenze;
- ▶ è provvisto di certificazione medica attestante la patologia di demenza, rilasciata dalla competente struttura del SSN o da altre strutture sanitarie pubbliche/accreditate;
- ▶ è provvisto di Dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU), attestante la richiesta di ISEE (ordinario o Socio-sanitario), a norma del DPCM 159/2013;
- ▶ ha preso visione dell'avviso pubblico accettando tutto quanto in esso previsto in particolar modo le modalità di accesso al servizio;
- ▶ è consapevole che l'intervento potrà essere erogato solo successivamente all'ottenimento del punteggio utile previsto dall'avviso, previa valutazione dell'Assistente Sociale incaricato;
- ▶ non è beneficiario dell' Assistenza Domiciliare indiretta ex L.R. 18/96, dell'Assegno di Cura e dei benefici previsti dal progetto Home Care Premium Inps Gestione Dipendenti Pubblici.
- ▶ autorizza il trattamento dei dati ai sensi del D.Lgs. 193/2006.

IL DICHIARANTE (firma leggibile)

Allega alla presente:

- ▶ Dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU), attestante la richiesta di ISEE (ISEE Socio-sanitario), a norma del DPCM 159/2013;
- ▶ Copia di un documento di riconoscimento, in corso di validità, del dichiarante;
- ▶ Copia della certificazione medica attestante la patologia della demenza, rilasciata dalla competente struttura del SSN o da altre strutture sanitarie pubbliche/accreditate;
- ▶ Informativa privacy/trattamento dati personali debitamente sottoscritta.