

**DELEGA ALL'INSERIMENTO TELEMATICO DELLA DOMANDA FINALIZZATA ALL'OTTENIMENTO
DEL SERVIZIO SPERIMENTALE D'AMBITO PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE IN FAVORE DI
PERSONE AFFETTE DA DEMENZE 2017**

Il sottoscritto/a _____

Codice Fiscale

Nato a _____ il _____

Residente nel Comune di _____

Via/Piazza _____

Tel. _____ e.mail _____

in qualità di Richiedente (familiare entro i 4° grado, soggetto incaricato alla tutela dell'anziano) per

se stesso

beneficiario

Nome e Cognome _____

Codice Fiscale

Nato a _____ il _____

Residente nel Comune di _____

Via/Piazza _____

Tel. _____ e.mail _____

AI SENSI DELL'AVVISO PUBBLICO SERVIZIO SPERIMENTALE D'AMBITO PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE IN FAVORE DI PERSONE AFFETTE DA DEMENZE 2017 DI CUI ALLA D.D. REG. GEN. 150/2017 DELL' ENTE CAPOFILIA DELL'ATS 14

DELEGA

L'OPERATORE DI SPORTELLO DEL COMUNE DI _____

ALLA PRESENTAZIONE ON LINE ALL'ATS 14 DELLA DOMANDA PER LA CONCESSIONE DEL SERVIZIO SPERIMENTALE D'AMBITO PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE IN FAVORE DI PERSONE AFFETTE DA DEMENZE 2017

A TAL FINE DICHIARA

- di aver preso visione dell'avviso pubblico riferito alla concessione del Servizio Sperimentale d'Ambito per l'assistenza domiciliare in favore di persone affette da demenze 2017 di cui alla D.D. Reg. Gen. 150/2017 promosso dall'ATS 14 e di accettarlo in tutte le sue parti dal momento che si autorizza la presentazione on line della domanda;
- che l'aspirante beneficiario, al momento della presentazione della domanda, è in possesso dei requisiti previsti dell'avviso pubblico, essendo questi indispensabili all'inoltro on line della medesima;
- che l'aspirante beneficiario è in possesso dell'attestazione ISEE ovvero ha presentato la Dichiarazione Sostitutiva Unica ex D.P.C.M. 159/2013 e successive modificazioni;
- di autorizzare il personale addetto al trattamento dei dati personali ai sensi D.Lgs. 30/6/2003 n° 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali";

- di essere consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono dichiarazioni false e che i dati forniti nel presente modulo sono veritieri. In particolare ho preso atto degli artt. 75 e 76 del DPR n. 445/2000 che prevedono sanzioni per chi rende dichiarazioni sostitutive di certificazioni e di atti di notorietà falsi, mendaci o parzialmente veritieri. Sono da considerarsi dichiarazioni sostitutive di certificazione tutte le notizie fornite nella domanda attinenti a stati, qualità personali e fatti che riguardano i soggetti interessati.

SI ALLEGANO:

- copia documento di identità in corso di validità del richiedente;
- copia Attestazione ISEE o ricevuta di presentazione della Dichiarazione Sostitutiva Unica finalizzata all'acquisizione della Certificazione ISEE riferita al nucleo familiare in cui è presente il beneficiario;
- copia della certificazione medica attestante la patologia di demenza rilasciata dalla competente struttura del SSN o da altre strutture sanitarie pubbliche/accreditate.

Luogo e data _____

Firma _____

Per ricevuta - Operatore di Sportello incaricato _____