

Domanda per l'accesso al Servizio di Attività socialmente utili per persone Anziane

Il/La Destinatario/a

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ (prov.) _____ (stato estero) _____ il ___ / ___ / _____

Codice fiscale ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Residente in _____ , a _____ , n. _____ c.a.p. _____

Recapiti: tel. _____ , cell. _____ , fax _____ , e-mail: _____

Il/La Richiedente

Indicare il rapporto che intercorre tra segnalante e destinatario/a: _____

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ (prov.) _____ (stato estero) _____ il ___ / ___ / _____

Codice fiscale ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Residente in _____ , a _____ , n. _____ c.a.p. _____

Recapiti: tel. _____ , cell. _____ , fax _____ , e-mail: _____

Ai sensi del D.P.R. 445/00 e consapevole delle responsabilità penali previste dalla medesima norma, per falsità in atti e mendaci dichiarazioni, dichiara (contrassegnarli con una X):

- che nel proprio nucleo familiare sono presenti n. ___ persone;
- che nel proprio nucleo familiare sono presenti n. ___ persone con disabilità certificata;
- di avere un'età non inferiore ai 62 anni, compiuti o da compiere nell'anno in corso;
- di avere una disabilità certificata pari al ___%;
- di non avere disabilità certificata;
- di non avere procedimenti penali in corso;
- di non essere attualmente impegnato in alcuna attività lavorativa.

Dichiara, infine, di essere informato del fatto che:

Il trattamento dei propri dati personali, anche di tipo sensibile, avverrà nel rispetto di quanto previsto dal D.Lgs 196/03;

Le procedure di erogazione dei Servizi potrebbero subire delle modifiche, laddove sia formalizzato il

procedimento di accreditamento;

Allega, alla presente domanda (**contrassegnarli con una X**):

attestazione I.S.E.E. rilasciata ai sensi del D.lgs 109/98 e successive modificazioni e integrazioni;
fotocopia del documento d'identità, nel caso in cui la domanda non sia sottoscritta in presenza di un
operatore incaricato;

certificato medico in cui si attesta l'idoneità fisica all'impiego;

_____ ;
_____ ;
_____ .

Luogo e data: _____, ___ / ___ / ____ .

*Si ricorda che saranno effettuati controlli finalizzati a verificare la veridicità dei requisiti autocertificati ai sensi della normativa vigente (art. 76 D.P.R. 445/2000).

Firma del Destinatario

Firma del Segnalante
