

PIANO SOCIALE DI ZONA – L.R. n. 19/2006

AMBITO TERRITORIALE

“APPENNINO DAUNO SETTENTRIONALE”

DISTRETTO SOCIO SANITARIO N° 3 AZ. U.S.L. FG

Alberona – Biccari – Carlantino - Casalnuovo Monterotaro - Casalvecchio di Puglia - Castelnuovo della Daunia - Celenza Valfortore –Lucera - Motta Montecorvino - Pietra Montecorvino – Roseto Valfortore - San Marco la Catola - Volturara Appula - Volturino.

c/o ASSESSORATO POLITICHE SOCIALI COMUNE CAPOFILA DI LUCERA

Via Petrarca, 46 – 71036 Lucera (FG)

AL SIG. SINDACO DEL COMUNE DI

OGGETTO: Richiesta di accesso al servizio di Telesoccorso e Telecontrollo.

Il/La sottoscritt _____, nato/a _____

il _____, e residente a _____, in via _____ n. ____

Codice Fiscale _____, tel. _____

CHIEDE

Di partecipare al “Bando per il SERVIZIO DI TELESOCORSO E TELECONTROLLO
in favore di : se stesso del familiare di seguito indicato:

Nome e Cognome _____, nato/a _____

il _____, e residente a _____, in via _____ n. ____

Codice Fiscale _____, tel. _____

Grado di parentela _____ .

Alla presente allega la sottoelencata documentazione:

- Attestazione ISEE in corso di validità,
- Stato di Famiglia;
- Fotocopia del documento di identità e del Codice fiscale del richiedente e del beneficiario (se diverso dal richiedente).
- Documentazione che attesti la non autosufficienza (Verbali commissioni sanitarie, o certificazione di invalidità ai sensi della legge 104/92).

Il/La sottoscritt__ dichiara che è stat__ informat__ che, in caso di dichiarazione mendace, è soggett__ alle sanzioni di cui all’art. 496 del c.p. e che è tenut__ a comunicare qualsiasi variazione della condizione documentata entro e non oltre 30 giorni dal suo verificarsi.

Dichiara altresì di aver preso visione del bando e di accettarne tutte le condizioni.

Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi della legislazione vigente.

Luogo e Data _____

Firma
