

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ () il _____ e residente
a _____ in via/piazza _____ n. _____
C. F. _____ tel. _____ cell. _____

CHIEDE

per se stesso
 per il/la sig./ra _____
nato/a a _____ () il _____ e residente
a _____ in via/piazza _____ n. _____
C. F. _____ tel. _____ cell. _____

di poter accedere al Centro Diurno per disabili "I Girasoli" sito a _____

DICHIARA

che il protocollo della Dichiarazione Sostitutiva Unica resa ai fini del rilascio dell'attestazione ISEE
in dataè il seguente:

PROT. INPS-ISEE

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

(Non saranno prese in considerazione le Dichiarazioni Sostitutive Uniche che riportano un data successiva a quella di consegna della domanda di accesso alla prestazione all'Ufficio Protocollo)

ALLEGA

alla presente domanda:

- Copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del disabile e, qualora la domanda venga sottoscritta da persona diversa (tutore, curatore o Amministratore di Sostegno) anche di colui che la sottoscrive.
- Certificato medico attestante la compatibilità della patologia e della funzionalità residua della persona con la partecipazione alle attività svolte all'interno del Centro diurno per Disabili;
- Copia del verbale della Commissione Sanitaria per Invalidità Civile;
- Decreto di nomina di Amministratore di Sostegno o del Tutore qualora l'istanza sia sottoscritta dagli stessi.

Si ricorda che il rilascio di dichiarazioni non veritiere è punito con sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000.

INFORMATIVA PRIVACY

Informato, ai sensi dell'art.13 D.Lgs. 196/2003, che i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, sono trattati, anche facendo uso di elaboratori, al solo fine di consentire l'attività di valutazione; i dati saranno comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti di cui all'art. 84 del citato D.Lgs. 196/2003, oltre che ad altri enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi. Il soggetto può esercitare i diritti di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi all'Ufficio di Piano del Distretto Socio-Sanitario RM 4/1.

Titolare e Responsabile del trattamento dei dati è il Comune di Civitavecchia, Capofila del Distretto Socio-Sanitario.

Incaricato del trattamento dei dati è il personale dell'Ufficio di Piano.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi degli art. 81 e 82 del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili, per le finalità di cui all'Avviso pubblico di cui all'oggetto

Firma del beneficiario o del Legale Rappresentante
