



**COMUNE Di VALLEFIORITA
PROVINCIA DI CATANZARO**

**RICHIESTA DI ACCESSO AL SERVIZIO
DI ASSISTENZA ALLA PERSONA
PROGETTO "MI PRENDO CURA, II EDIZIONE"**

Prot. N. _____ del _____

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ a
_____ il _____ e residente in _____ n
_____(Prov. _____), alla Via _____, codice fiscale
_____ n. telefono _____

CHIEDE

L'attivazione del Servizio in favore di:

- Diretto interessato;
- Cognome e nome _____ nato/a _____ e
residente in _____ alla via _____, n.
_____, cod. fiscale _____, n. telefono

Allega:

- Copia documento di riconoscimento in corso di validità sia della persona con disabilità, sia del familiare richiedente, nonché dichiarante;
- Attestazione ISEE del nucleo, con riferimento ai redditi percepiti rilasciata ai sensi del DPCM n. 159 del 05/12/2013.
- Copia verbale accertamento di invalidità ed indennità di accompagnamento (L. 18/80 e L. 508/88);
- Copia certificazione sanitaria (Legge 104/92 art, 3 comma 3).

A tale fine, il dichiarante, consapevole che la dichiarazione mendace, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale secondò quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e che, se dal controllo effettuato, emergerà la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, DICHIARA che le informazioni riportate sopra corrispondono al vero.

Vallefiorita, _____

Firma