

FAC SIMILE DI DOMANDA “HOME CARE PREMIUM”

Il sottoscritto _____, nato a _____,
codice fiscale _____,
il _____, residente a _____,
Via _____, tel. _____,
e domiciliato a _____, Via _____,
tel. _____, cell. _____
e-mail _____, e-mail certificata _____

**CHIEDE PER SE STESSO/A
OPPURE PER**

Nome e Cognome _____, nato a _____,
il _____, grado di parentela _____,
residente a _____ Via _____,
codice fiscale _____,
e domiciliato a _____, Via _____,
tel. _____, cell. _____
e-mail _____, e-mail certificata _____

di usufruire delle seguenti prestazioni previste dall’Avviso Home Care Premium pubblicato in data _____,

- SERVIZIO DOMICILARE DIURNO
- SERVIZIO DOMICILARE NOTTURNO

Presso:

- INDIRIZZO DI RESIDENZA SOPRAINDICATO
- INDIRIZZO DEL DOMICILIO SOPRA INDICATO
- INDIRIZZO DELLA DIMORA ABITUALE O TEMPORANEA

DI SEGUITO INDICATO: Via -
Comune.....(TR)

per la durata massima di un anno dalla data di avvio del Piano di Assistenza Individuale (PAI) che

sarà formulato da codesto Ente.

A TAL FINE DICHIARA

- di lavorare presso _____ e di essere iscritto regolarmente alle casse previdenziali INPDAP,
- di essere titolare di pensione INPDAP n. _____
- di possedere un indicatore ISEE del nucleo familiare pari ad € _____
- che la persona per la quale si richiede l'attivazione del servizio è in possesso della seguente certificazione che attesta la NON autosufficienza:

 che la persona per cui si richiede il servizio non è titolare di prestazioni similari che soddisfino più del 50% del suo fabbisogno
- che la persona per cui si richiede il servizio è **titolare** di assegno di accompagnamento
- che la persona per cui si richiede il servizio **non è titolare** di assegno di accompagnamento.

Allega:

- Fotocopia di un documento di identità valido del richiedente
- Fotocopia di un documento di identità valido del beneficiario (se diverso dal richiedente)
- Fotocopia certificazione di non autosufficienza nel caso sia rilasciata dal medico di famiglia.

Le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi, nei casi previsti dalla legge, sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia. L'Amministrazione effettuerà controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive (art. 71, 72, 75 e 76 del D.P.R. 445/2000 Testo Unico sulla documentazione amministrativa).

Come stabilito dall'art.43 D.P.R. 445/2000 (Testo Unico sulla documentazione amministrativa) il richiedente può avvalersi della presente dichiarazione sostitutiva oppure indicare l'amministrazione competente e gli elementi indispensabili per il reperimento delle informazioni o dei dati richiesti.

Il richiedente può sottoscrivere questa richiesta in presenza del funzionario addetto all'autenticazione della firma, oppure, può inviarla per posta, firmata e accompagnata dalla fotocopia del suo documento di riconoscimento (Art.38, c.1 del D.P.R. 445/2000). Se il documento d'identità non è più valido, dovrà dichiarare, sulla fotocopia dello stesso, che i dati in esso contenuti, non hanno subito variazioni dalla data di rilascio (Art.45, c.3 del D.P.R. 445/2000).

LUOGO E DATA

FIRMA

Informativa agli utenti
ai sensi dell'art.13 del d.lgs. 196/2003
"Codice in materia di protezione dei dati personali".

La Provincia di Terni, in qualità di titolare del trattamento, La informa che tutti i dati personali vengono trattati nel rispetto delle previsioni di legge, per finalità strettamente connesse e strumentali all'erogazione della prestazione da Lei richiesta.

Il trattamento dei dati personali avviene anche con l'ausilio di strumenti elettronici, da parte del Personale della Provincia di Terni o di altri soggetti che forniscono specifici servizi o svolgono attività strumentali per

conto dello stesso. Il trattamento è effettuato nel rispetto dei principi sanciti dall'art.11 del d.lgs. 196/2003. Il conferimento dei dati è obbligatorio, in base alla normativa che disciplina la prestazione richiesta, e indispensabile per la definizione del relativo procedimento. I suoi dati personali, ove necessario, potranno essere comunicati a soggetti pubblici e privati fra i quali Istituti previdenziali e assistenziali, Istituti di Credito o Uffici Postali da Lei indicati, organizzazioni che effettuano assistenza legale e fiscale. La informiamo che potrà esercitare i diritti previsti dall'art.7 del d.lgs. 196/2003 con particolare riguardo all'aggiornamento, alla rettifica, all'integrazione dei dati e alla loro cancellazione, trasformazione in forma anonima e blocco. Inoltre, potrà opporsi per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che La riguardano.