

ALL'UFFICIO DI SERVIZIO SOCIALE DEL COMUNE DI VIGGIANO

OGGETTO: RICHIESTA DI AMMISSIONE AL SERVIZIO DI PRESTAZIONI INFERMIERISTICHE DOMICILIARI - ANNO 2021.

Il/La sottoscritto/a _____, nato il _____ a _____ e residente alla via _____ Codice Fiscale _____ telefono (obbligatorio) _____ Email _____

OPPURE

in qualità di (indicare grado di parentela) _____
in nome e per conto del/della sig./sig.ra _____
nato/a _____ il _____
residente a _____ in via _____
tel. _____

CHIEDE

l'ammissione al "Servizio di prestazioni infermieristiche domiciliari" - anno 2021.

*Al tal fine e sotto la propria responsabilità,
ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445*:*

DICHIARA

- Di essere residente nel Comune di Viggiano;
- Di esser domiciliato nel Comune di Viggiano;
- Di avere un'età superiore ai 65 anni;
- Di avere patologie tali da garantire esenzione dalle spese mediche;
- di avere un ISEE, in corso di validità, pari ad € _____;
- di non usufruire del servizio ADI, fornito dall'ASP;
- che nello Stato di famiglia anagrafico del beneficiario risultano n. ____ persone;

Di avere preso visione dell'avviso del servizio di prestazioni infermieristiche domiciliari;

Di essere consapevole che il servizio viene erogato su valutazione dell'ufficio sociale e che nel caso in cui il reddito posseduto superi il limite stabilito dall'avviso, per la gratuità, è possibile usufruire, partecipando al costo del servizio, pagando una quota che è proporzionale al reddito percepito, calcolata sulla base della documentazione prodotta. Il servizio, invece, è gratuito per gli anziani che non superano il limite stabilito annualmente per l'accesso gratuito al servizio.

Di essere a conoscenza che la durata del beneficio è legata al mantenimento dei requisiti summenzionati e che, nel momento in cui dovesse venir meno uno dei predetti requisiti, il beneficiario è tenuto a darne tempestiva comunicazione all'Ufficio sociale del Comune di Viggiano.

Di essere a conoscenza del fatto che l'Amministrazione Comunale si riserva di verificare la veridicità delle informazioni rese e provvederà alla revoca del beneficio concesso in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atto o uso di atti falsi;

Si allega alla presente, pena la non ammissibilità:

- L'ISEE in corso di validità;
- Certificato medico rilasciato dal medico curante, dal quale risultano le patologie ed il grado parziale o totale di non autosufficienza e la possibilità di rispondere ai suoi bisogni attraverso servizi alternativi all'ADI ;
- ogni altra documentazione ritenuta utile per una corretta valutazione dei bisogni dell'utente, come certificato di invalidità, attestazione di handicap ai sensi della legge 104/92;
- La fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità;
- Informativa sul trattamento dei dati personali, debitamente compilata e firmata

Viggiano, _____

IL DICHIARANTE

Informativa sul trattamento dei dati personali, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs n.196/2003 e ss.mm.ii. e del D.Lgs. 101/2018

- a) il trattamento dei dati conferiti con la presente istanza/dichiarazione è finalizzato allo sviluppo del relativo procedimento amministrativo ed alle attività ad esso correlate;
- b) il trattamento sarà effettuato con modalità informatizzate e/o manuali;
- c) il conferimento dei dati è obbligatorio per il corretto sviluppo dell'istruttoria e degli altri adempimenti;
- d) il mancato conferimento di alcuni o di tutti i dati richiesti comporta l'annullamento dell'istanza/dichiarazione;
- e) i dati conferiti potranno essere comunicati, qualora necessario, ad altri Settori dell'Amministrazione Comunale e ad altri soggetti pubblici;

Luogo e data

Firma
