



**IL SIGNOR SINDACO
DEL COMUNE DI**

OGGETTO : Richiesta concessione contributo a livello sperimentale per ricoveri di sollievo in struttura Socio Sanitaria.

Familiare convivente.

Il/la sottoscritto/a _____
 nat o/a _____ il _____ C.F. _____
 e residente in Via _____ n. _____ tel. _____
 email _____ p e c _____

CHIEDE

il ricovero per il proprio familiare _____;
 presso la struttura _____
 da l _____ a l _____.

A tal fine, consapevole che in caso di false dichiarazioni andrà incontro alle sanzioni penali, previste dall'art.

76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e decadrà dai benefici eventualmente conseguiti, ai sensi e per gli effetti

Dell'art. 75 del citato D.P.R. n. 445/2000,

DICHIARA

- Che la persona per cui viene chiesto il ricovero, usufruisce dell'assistenza domiciliare e si trova nel

seguente stato:

Anziano con invalidità riconosciuta al 100% con indennità di accompagnamento;

Disabile grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/92;

* di essere residente nel Comune di _____ facente parte dell'A.O.D. n. 2.

• che il proprio nucleo familiare è così composto: _____

ALLEGA ALLA PRESENTE ISTANZA LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE

Verbale di invalidità riconosciuta al 100% con indennità di accompagnamento per gli anziani;

Certificato di gravità ai sensi dell'art. 3 comma 3 delta legge 104/92 per disabili gravi;

> Attestazione I.S.E.E., relativa ai redditi del nucleo familiare, comprensiva di dichiarazione sostitutiva

unica, (in corso di validità), non superiore a € 25.000,00;

Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità;

Fotocopia Copia del codice fiscale;

Il/la sottoscritto/a autorizza, ai sensi dell'art. 23 del Decreto Legislativo 196/2003, il Comune di _____, al trattamento dei propri dati personali per l'istruzione della pratica relativa all'ammissione al contributo.

_____ li

FIRMA