



**Allegato "A"**

**Al Direttore Generale  
Dott. Umberto Setola**

**Azienda Consortile A.C.C.C Ambito N19**

**AVVISO PUBBLICO**

**PER LA PRESENTAZIONE DI DOMANDE PER L'ACCESSO AL SERVIZIO CENTRO SOCIALE POLIFUNZIONALE PER LE PERSONE DISABILI DELL' AZIENDA CONSORTILE A.C.C.C. AMBITO N19.**

Il \_\_\_\_\_ sottoscritto \_\_\_\_\_ (Cognome \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ Nome)

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,

C.F.

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

Residente in (comune di residenza) \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° civico \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

oppure

Il/la Sottoscritto/a (cognome e nome) \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,

C.F.

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

residente in (comune di residenza) \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° civico \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**nella sua qualità di:**

|                          |                            |
|--------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Amministratore di sostegno |
| <input type="checkbox"/> | Tutore / Curatore          |
| <input type="checkbox"/> | Genitore                   |

del sig./ra o del minore (cognome e nome) \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

C.F.

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

residente in (*Comune di residenza*) \_\_\_\_\_

Via/ Piazza \_\_\_\_\_ n° civico \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

- di essere ammesso/a ad usufruire del Servizio Centro Sociale Polifunzionale per disabili;
- di beneficiare delle prestazioni nelle seguenti modalità:

|           | LUN | MAR | MER | GIO | VEN | CON<br>VITTO | SENZA<br>VITTO |
|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|--------------|----------------|
| PART-TIME |     |     |     |     |     |              |                |
| FULL-TIME |     |     |     |     |     |              |                |

A tal uopo, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R., per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate e consapevole che i propri dati personali saranno trattati nel rispetto delle disposizioni di cui al D.Lgs 196/2003, Regolamento UE 679/2016 e D.Lgs 101 del 10/08/2018, per il quale esprime il proprio consenso:

**DICHIARA**  
**(barrare con una X)**

- di essere a conoscenza delle prestazioni inerenti il servizio Centro Sociale Polifunzionale per disabili di cui all'Avviso Pubblico;
- di non usufruire di altre prestazioni semiresidenziali socio assistenziali e/o sociosanitarie ( Centro Diurno integrato, P.T.R.I., ....) concesse dal proprio comune di residenza o dall'ambito territoriale, così come previsto nell'Avviso pubblico

inoltre dichiara di essere nelle seguenti condizioni:

| <b>CONDIZIONI DI DISABILITA'</b>                                                                                                                   |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Art. 3 co.3 e/o invalidità al 100% con indennità di accompagnamento                                                                                |  |
| Art. 3 co. 1 + invalidità al 100 % con indennità di accompagnamento o invalidità civile dal 67 al 99 %                                             |  |
| Art. 3 co. 3 + invalidità al 100% senza indennità di Accompagnamento o invalidità civile al 100 % senza indennità di accompagnamento               |  |
| Art. 3 co. 1 + invalidità civile al 100% senza indennità di accompagnamento o invalidità civile dal 67 al 100 % senza indennità di accompagnamento |  |

| <b>CONDIZIONI FAMILIARI</b>                                                                            |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Persona disabile che vive sola                                                                         |  |
| Persona disabile nel cui nucleo familiare è presente un altro disabile                                 |  |
| Persona disabile che vive con un solo componente del nucleo familiare                                  |  |
| Persona disabile che vive con componenti dello stesso nucleo familiare con un'età superiore ai 65 anni |  |

di essere consapevole che a parità di punteggio sarà data priorità a coloro che presentano un ISEE più basso. Nel caso di parità di punteggio e di ISEE sarà data priorità al disabile con scarsa rete familiare. In caso di ulteriore parità sarà data priorità all'ordine di presentazione della domanda.

Si ricorda che saranno effettuati controlli finalizzati a verificare la veridicità dei requisiti autocertificati ai sensi della normativa vigente (art. 76 D.P.R. 445/2000).

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ a  
\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ alla Via/Piazza  
\_\_\_\_\_, **acconsente** ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D L.gs. n.  
196/2003, con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei dati personali per le finalità  
oggetto dell'Avviso Pubblico PER LA PRESENTAZIONE DI DOMANDE PER L'ACCESSO AL  
SERVIZIO CENTRO SOCIALE POLIFUNZIONALE PER LE PERSONE DISABILI DELL'  
AZIENDA CONSORTILE A.C.C.C. AMBITO N19.

**Si allega:**

1. copia fotostatica del documento di riconoscimento e del codice fiscale in corso di validità del richiedente e/o tutore, amministratore, genitore;
2. modello ISEE ordinario di tutto il nucleo familiare, in corso di validità, da verificare in caso di parità di punteggio;
3. copia verbale accertamento di Handicap, ai sensi della legge n. 104/92, art.3, commi 1 e 3.
4. Copia verbale Invalidità civile;

(luogo e data)

(firma leggibile del dichiarante)