**Domanda di ammissione al “Centro Sociale Polifunzionale per Disabili”**

**Ubicato in Parete**

All’Ufficio di Piano dell’Ambito Territoriale C07

# Il/La sottoscritto/a Nato/a il Residente a In via/piazza/vico CF: Tel In qualità di:

* Richiedente del servizio;
* Familiare del richiedente il servizio;
* Tutore/amministratore di Sostegno del richiedente il servizio;

# del sig. Nato/a il Residente a

In via/piazza/vico CF: Tel

# CHIEDE

**L’ammissione al “Centro Sociale Polifunzionale per Disabili”**

**ubicato in Parete**

A tal fine, ai sensi degli art. 46 e 47 del Testo Unico emanato con DPR 28/12/2020 n. 445, consapevole del fatto che agli atti falsi e le dichiarazioni mendaci sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilità.

#  DICHIARA

Che il nucleo familiare del richiedente, come da scheda anagrafica, è così composta:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nome e Cognome** | **Data di nascita** | **Rapporto di parentela** | **Residenza: Città- via –****n. civico** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

# Che il richiedente si trova nella seguente condizione di salute (barrare la casella interessata)

* Persona con handicap in situazione di gravità (art. 3 comma 3 L. 104/92)
* Persone con handicap (art. 3 comma 2 L. 104/92)

# Che il familiare si trova nella seguente condizione familiare (barrare la casella interessata)

* Disabile che vive da solo/a
* Disabile che vive con uno o più familiari/convivente/i in stato di non autosufficienza documentata o con problematiche sociali/sanitarie opportunatamente certificate dagli Enti Territoriali competenti (ad. Es. UOSM SERD)

# Che la fascia di reddito ISEE del richiedente è la seguente (barrare la casella interessata)

□ Da € 0,00 a € 12.451,09

□ Da € 12.451,10 a € 18.000,00

□ Da € 18.000,01 a €24.000,00

□ Da € 24.000,01 a € 33.851,40

□ Oltre € 33.851,40

Che il richiedente (barrare la casella interessata):

* non usufruisce di altri servizi
* usufruisce di altri servizi:

(Specificare )

# Allega alla presente domanda:

* certificazione di disabilità riconosciuta ai sensi dell’art. 3, comma 3 della legge 104/92 o di invalidità con il beneficio dell’indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980;
* copia documento di riconoscimento, in corso di validità ai sensi delle vigenti normative, del richiedente e del beneficiario se non coincidenti;
* ISEE in corso di validità;
* Copia documento d'identità del richiedente in corso di validità, e copia documento d'identità di colui che presenta istanza, se diverso dal richiedente;
* Ulteriore documentazione ritenuta finalizzata alla corretta valutazione sanitaria **e** sociale (specificare)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si *ricorda che il rilascio di dichiarazioni non veritiere è punito con sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28112/2000.*

Data Firma del beneficiario o del familiare/AdS/tutore

*Informativa sulla privacy*

*Ai sensi del Codice sulla privacy, D. Lgs. n. 196/2003, e ss. mm. ii.. si informano i richiedenti il servizio che i dati personali forniti sono raccolti esclusivamente per la procedura di cui al presente avviso.*

Data Firma del beneficiario o del familiare/AdS/ tutore