



modello SS5 REV 1.0-2022



RICHIESTA INSERIMENTO CENTRO DIURNO

IL/LA SOTTOSCRITTO/A	(COGNOME E NOME IN STAMPATELLO)
NATO/A	PROV. () (PER GLI STRANIERI INDICARE LO STATO DI NASCITA)
IL	RESIDENTE NEL COMUNE DI
VIA	N. C.A.P.
TEL.	CODICE FISCALE

Valendosi delle disposizioni di cui agli artt. 46/47 (ed all'art. 3) della normativa sulla documentazione amministrativa di cui al D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445 - *Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa*, consapevole delle sanzioni previste all'art. 76 e della decadenza dai benefici previsti dall'art. 75 del medesimo T.U. in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità,

CHIEDE

di essere inserito presso il Centro Diurno per Disabili con sede in

- Via; A tal fine.

DICHIARA

- di essere cittadino italiano;
- di essere cittadino di uno Stato aderente all'Unione Europea;
- di essere cittadino di uno Stato non aderente all'Unione Europea in possesso di permesso di soggiorno



modello SS5 REV 1.0-2022

- n° _____, rilasciato in data _____ dal Questore di _____ valido fino al _____, oppure carta di soggiorno n° _____, rilasciata il _____ di Questore di _____ ;
- di avere la residenza anagrafica nel Comune di LADISPOLI CERVETERI
- che il reddito annuo complessivo del nucleo familiare relativo all'anno _____, così come determinato
- quale indicatore socio - economico equivalente (I.S.E.E.), è pari ad € _____;
- di essere già a carico dei servizi socio-sanitari del Distretto RM4.2 SI NO
- Se sì, per interventi di:
- assistenza domiciliare (specificare la frequenza, giorni ed orario)

_____ ;
sottoscritto/a, i cui dati anagrafici compaiono nell'apposita sezione del presente modulo, DICHIARA CHE QUANTO AFFERMATO IN OGNI PARTE DELLO STESSO CORRISPONDE AL VERO, nonché: si impegna a produrre, nei termini e con le modalità che gli verranno indicati, tutta la documentazione che il Distretto Socio-Sanitario RM4.2 ritenesse necessario acquisire, nonché a fornire ogni notizia utile che gli venisse richiesta; di essere a conoscenza che sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'art. 71 D.P.R. n° 445/2000 e che, qualora emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, decade dal diritto dei benefici eventualmente conseguiti in virtù del provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. già citato;

Il/la sottoscritto/a, ai sensi della legge 31.12.1996, n° 675 e successive modificazioni, autorizza il Comune di residenza a richiedere agli Uffici competenti, inclusi gli Uffici finanziari, ogni eventuale atto o informazione utile ai fini della valutazione della presente domanda, nonché al trattamento dei dati personali acquisiti.

Si impegna inoltre a comunicare all'Ufficio di Piano del Distretto Rm4.2 .4 presso il Comune di Ladispoli, ogni cambio di indirizzo o domicilio, personalmente o con p.e.c.

SI ALLEGA:

- Fotocopia del documento d'identità in corso di validità;–
- fotocopia codice fiscale;
- fotocopia tessera sanitaria;
- per gli stranieri copia del permesso o carta di soggiorno ai sensi degli arti. 5 e 7 della legge 08/03/1998-
n° 40;
- Modello I.S.E.E. riferita ai redditi dell'anno _____, rilasciata da
organismo autorizzato;
- certificato medico attestante la natura dell'handicap, ai sensi della legge 5 febbraio 1992, n. 104;–
- documentazione sanitaria integrativa comprendente certificato medico specialistico;

DATA, _____

FIRMA _____