

Al Comune di Ladispoli - Servizi alla Persona ed Educativi

Piazza G.Falcone n.1 - 00055 Ladispoli (RM)

Il/La sottoscritto/a	In qualità di	
Nat _ a	il	Stato civ.
Residen. in Ladispoli	Via/P.zza	n.
Codice fiscale	Nazionalità	
Recapiti telefonici	Cell	Tel

CHIEDE l'assistenza domiciliare:	Minori		Adulti	
---	--------	--	--------	--

 Per se medesimo Per:

Cog.	Nome	
Nato/a a	Il	C.F.
Residen. in Ladispoli		

Allega alla presente i seguenti documenti:

Modulo I. S. E. E.	Copia certificato di invalidità	Copia certificato Legge 104/92
Certificato medico per l'assistenza domiciliare (originale)		
ALTRO specificare		

Indennità di accompagnamento	SI	NO
------------------------------	----	----

Ladispoli _____**Firma** _____**Informativa concernete il trattamento dei dati personali .**

Io sottoscritto/a dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.n. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n.196, che i dati personali indicati nel presente modulo saranno trattati, anche da terzi nel caso che il servizio non sia gestito direttamente dal Comune di Ladispoli, nei modi previsti dalla sopra menzionata Legge.

Ladispoli _____**Firma** _____

Il /a sottoscritto/a dichiara di essere consapevole che, in caso di dichiarazione mendace, sarà soggetto a quanto prescritto dall'art. n. 76 del D.P.R. 445/2000. Inoltre qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera art. n. 75 D.P.R. 445/2000.

Ladispoli _____**Firma** _____

