



COMUNE DI  
LADISPOLI



COMUNE DI  
CERVETERI

## DISTRETTO SOCIO SANITARIO 4.2



DISTRETTO RM4.2



## DISTRETTO SOCIO SANITARIO RMF 4.2

Comuni di Ladispoli (Capofila) e Cerveteri  
Ufficio di Piano

Allegato A

Al Comune di \_\_\_\_\_

Area Servizi Sociali

### Richiesta iscrizione al Centro Diurno per disabili gravi

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome )

\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ tel n. \_\_\_\_\_ cellulare n. \_\_\_\_\_

email \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_ giusto decreto n. \_\_\_\_\_

del \_\_\_\_\_ dell'utente:

Sig./Sig.ra Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ tel n. \_\_\_\_\_ cellulare n. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l'iscrizione presso il Centro Diurno Disabili Gravi Distrettuale

## ALLEGA

- copia del documento di identità in corso di validità del richiedente;
- copia del documento di identità in corso di validità dell'assistito;
- copia del verbale di invalidità civile rilasciato dalla competente Commissione;
- copia della certificazione in corso di validità, rilasciata dalla Commissione per l'accertamento dell'handicap, ai sensi della legge 104 del 1992 art. 3;
- certificato anamnestico rilasciato dal medico di base o specialista che ha in carico l'utente;
- copia attestazione ISEE in corso di validità del nucleo familiare al quale appartiene l'utente;
- copia del Decreto attestante la nomina a Tutore e/o Amministratore di Sostegno
- autocertificazione servizi già attivi.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

### *Informativa concernente il trattamento dei dati personali.*

Io sottoscritto/a dichiara di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di chi all'art. n. 13 del D.Lgs. n. 196/2003, che i dati forniti nel presente modulo saranno trattati, anche con strumenti informatici, dal Comune di Ladispoli per l'erogazione della prestazione in oggetto e potranno essere comunicati a terzi per la medesima finalità, sempre nel rispetto del D.Lgs. n. 196/2003. Dichiara altresì di essere informato che il responsabile del trattamento dei dati è il Responsabile del Procedimento è il Coordinatore dell'Ufficio di Piano Dott.ssa Simonetta Conti.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

*Il sottoscritto/a dichiara, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000, di essere consapevole delle sanzioni, anche penali, in cui può incorrere in caso di dichiarazioni false o mendaci o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, così come disposto dall'art. 76 del DPR n. 445/2000, nonché della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti a seguito del provvedimento adottato, come previsto dall'art. 75 del DPR n. 445/2000.*

*Il sottoscritto/a dichiara inoltre di essere consapevole che il Comune di Ladispoli effettuerà controlli volti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e dei documenti presentati anche avvalendosi di enti a autorità a questo preposte.*

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_