Al Comune di Piaggine
Ufficio Servizi Sociali
Piazza Umberto I°
84065 – Piaggine (SA)

Oggetto: richiesta assistenza domiciliare disabili.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a

a _____ (_____) il_____e residente a

Piaggine in via _____ n. _____

RICHIEDE

L'erogazione del servizio di assistenza domiciliare disabili ed a tal fine, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

- Che il nucleo familiare di appartenenza è composto da n. _____ persone, così come di seguito elencate:

Cognome e Nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Rapporto di parentela
1)			DICHIARANTE
2)			
3)			
4)			
5)			

- Che relativamente ai redditi percepiti nell'anno 2004, il valore ISEE del nucleo familiare di appartenenza è pari ad euro |__|__|__|__|__|,|__|__|

Dichiaro altresì di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.10 della legge 675/96 e ss.mm.ii. che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa

Si allega alla presente:

a) Copia del verbale di riconoscimento handicap ex legge 104/92;
b) Certificato ISEE in corso di validità;
c) Fotocopia semplice di un documento di riconoscimento in corso di validità;

Piaggine, lì _____

Il Dichiarante

_____

COMUNE DI PIAGGINE (SA)
Dichiarazione di chi non sa o non può firmare
(Art. 4 D.P.R. 28 Dicembre 2000, n.445)

Attesto che la dichiarazione sopra estesa è stata resa in mia presenza da _____ nato/a in _____ il _____ identificato mediante _____

Che non sa / non può firmare

Data _____

Il Funzionario Incaricato
(timbro e firma)

_____