

## DOMANDA DI AMMISSIONE

“PROGETTO ESTIVO- SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA A FAVORE DI UTENTI  
ULTRASESSANTACINQUENNI CON SCOMPENSO CARDIACO”

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a Castelfidardo in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

In qualità di:

- Interessato;
- familiare del

sig./sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Residente \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

### CHIEDE

Di partecipare al Progetto “Progetto Estivo-Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata a favore di utenti ultrasessantacinquenni con scompenso cardiaco”.

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 e delle conseguenze che derivano dai reati previsti dagli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000 e della condizione disposta dall’ Art. 11 del DPR 4037/1968 per cui si decade dai benefici prodotti sulla base di dichiarazione non veritiera, AUTORIZZANDO, ai sensi dell’art. 13 del D.Lgs 196/2003, la raccolta dei dati personali per l’emanazione del provvedimento amministrativo relativo all’avviso di cui trattasi

### DICHIARA

CHE IL SIG./LA SIG.RA \_\_\_\_\_

- è residente nel Comune di Castelfidardo;
- è in possesso di riconoscimento di invalidità civile nella misura.....

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA DOMANDA:

- Fotocopia del documento di riconoscimento;
- Copia del verbale di riconoscimento dell’invalidità civile.

Castelfidardo, li \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

