2 2	The same	-	F	T > 1
41	INICTRASSIA	Acres	Sanitario	136
120	AFEDEL CALL	LISTELL	LIEBBEREELEBEL	LFU

	ammissione al servizio ADA per anzia C. Pano di interventi di Cura per gli Anzi	
II/La sottoscritto/a	na	to a
il	Codice Fiscale	e residente
a	in Via	n.
Tel	in qualità di	
	CHIEDE	
	Di poter essere ammesso/a al servizi	0:
	☐ ADA ☐ ADI	
Per sé stesso/a	L AVI	
	0	
Per il/la Sig/ra	nato/a	

## DICHIARA

Sotto la propria responsabilità ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, consapevole delle sanzioni civili e penali in cui si incorre in caso di dichiarazioni mendaci (art. 76) che:

Il nucleo familiare dell'anziano è così composto (compreso l'anziano):

Nome	Cognome	Luogo e data di nascita	Reazione di parentela
			Balance and the line

## Allega alla presente:

- <u>Dichiarazione sostitutiva unica e attestazione ISEE socio-sanitario</u> (Artt. 4 e 5 Decreto 15 aprile 2003) relativa alle condizioni anagrafiche, economiche e patrimoniali del proprio nucleo familiare consapevole della decadenza dai benefici conseguiti in seguito a dichiarazioni non veritiere;
- <u>Certificazione medica</u> attestante lo stato di non autosufficienza dell'anziano, rilasciato dal Medico di Medicina Generale.
- Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità;

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.lgs. 196 del 30 giugno 2003 e dell'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679) ai fini della presente domanda.

Il Comune di Ribera ai sensi dell'art.71 e seguenti D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, si riserva di effettuare idonei controlli, anche a campione in tutti i casi in cui sorgono fondati dubbi sulle veridicità delle dichiarazioni sostitutive di cui agli artt. 46 e 47.

L	u	)g	0	e	da	a_	-	- " . "												IL	1	LA	1	RI	C	H	IE	D	Eì	IV	E		