



- di accettare tutte le condizioni stabilite nell'Avviso Pubblico;
- ha un nucleo familiare composto da n. \_\_\_\_\_ persone come indicato di seguito:

N.	COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	PARENTELA	CODICE FISCALE

Di trovarsi in una delle seguenti condizioni :

- disabilità gravissima certificata dall'UVM dell'ASP
- allettato
- carrozzato
- pluriminorato

**ALLEGA alla presente:**

- Certificazione di invalidità civile e/o stato di handicap ex L. n. 104/92
- Attestazione ISEE del nucleo familiare in corso di validità
- Fotocopia documento di riconoscimento e tessera sanitaria di chi propone l'istanza
- Fotocopia documento di riconoscimento e tessera sanitaria del soggetto per il quale si richiede il servizio domiciliare
- Fotocopia certificazioni attestanti condizioni di fragilità (eventuale)
- Fotocopia provvedimento di nomina all'ufficio di tutore/amministratore di sostegno (eventuale)
- Altra documentazione idonea ad attestare il possesso di ulteriori requisiti (eventuale) \_\_\_\_\_

---

## **AUTORIZZAZIONE LEGGE SULLA PRIVACY**

Si autorizza il trattamento dei dati rilasciati, esclusivamente per l'espletamento del servizio di assistenza domiciliare, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e ss.mm.ii." e Regolamento UE-GDPR n. 2016/679.

---

(Luogo e data)

---

(Firma leggibile)