

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 (l. 104/1992- art. 3, co. 3)
- invalidità grave certificata (100%)

ALLEGA alla presente istanza:

- Certificazione di disabilità ex L. n. 104/92 art. 3 co. 3
- Certificazione di invalidità 100%
- 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 provvedimento di nomina all’ufficio di tutore/amministratore di sostegno (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 _____