

DOMANDA DI ACCESSO ALLE ATTIVITA' DEL PROGETTO "SOLLIEVO ANZIANI"

*Ufficio Servizi Sociali
Comune di REALMONTE*

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ via _____

C.F. _____ Cittadinanza _____

Tel. _____ E-mail _____

CHIEDE

☐ per sè stesso

O nella qualità di ☐ figlio/a , ☐ tutore, ☐ curatore, ☐ altro (specificare) _____
_____ per conto del/della

Sig./Sig.ra _____ nato/a _____ a _____
_____, il _____, residente in _____
_____ all'indirizzo _____

C. F. _____

Recapito telefonico fisso e/o mobile _____

di usufruire delle attività del progetto "Sollievo Anziani"

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e di uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR n.445 del 28/02/2000 e smi.

DICHIARA

1)Di essere in possesso dei requisiti specifici richiesti di cui all'Avviso Pubblico (si prega si inserire una X nella voce corrispondente alla condizione attuale del richiedente del servizio), nello specifico:

DI AVERE PIU' DI 75 ANNI	
ABITA SOLO/A	
FAMILIARI IMPOSSIBILITATI AD ASSISTERE I GENITORI ANZIANI POICHE' ☐ FUORI SEDE ☐ INAVLIDI	
RICONOSCIMENTO DELLA CONDIZIONE DI HANDICAP AI SENSI DELL'ART.N.4 DELLA LEGGE N.104/92 ☐ COMMA 1 ☐ COMMA 2	

Allegati

- Copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del richiedente e del beneficiario se persona differente;
- Certificazione art.3,comm.3 o comma 1, Legge 104/92.

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere consapevole di quanto prescritto dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. 445/2000 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, nonché sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R. 445/2000.

Firma
