



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 Regolamento UE-GDPR n. 2016/679.

Si autorizza alla trasmissione dei dati personali al soggetto erogatore delle prestazioni.

---

(Luogo e data)

---

(Firma leggibile)