



Al Presidente
Universo Sociale Onlus
Arezzo

(Dati del non autosufficiente o Diversamente abile)

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ (Prov. _____) il ____/____/____

Residente in _____ Via/P.zza _____ n° _____

Codice Fiscale ____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____| tel _____

Nucleo familiare composto da N° persone _____

Cognome-Nome del familiare delegato _____ tel _____

CHIEDE

Di partecipare alla selezione per il servizio socio-assistenziale I__I o educativo I__I domiciliare
Previsto dal progetto " ASSISTENZA DOMICILAIRE in *..... 2017-2018

DICHIARA

☐ di essere persona riconosciuta non autosufficiente con apposito atto dalla
Commissione Provinciale Invalidi Civili in data ____/____/____/
E con valore ISEE in corso di validità pari a Euro _____

☐ di essere persona riconosciuta non autosufficiente con apposito atto dalla
Commissione Unità Valutazione Multidisciplinare in data ____/____/____/
E con valore ISEE in corso di validità pari a Euro _____

☐ di essere persona riconosciuta non autosufficiente per handicap in situazione di gravità, con
apposito atto ai sensi della L.104/1992 in data ____/____/____/
E con valore ISEE in corso di validità pari a Euro _____

☐ di avere assunto una assistente familiare dal _____

☐ Di avere ulteriore servizio SAD o ADE erogato da _____

Dichiara altresì di essere consapevole delle sanzioni penali conseguenti a dichiarazioni ed
attestazioni false e mendaci, ai sensi dell'art.76 del D.P.R.445

Comune di.....il ____/____/____/

IL Dichiarante/delegato



ALLEGARE ALLA DOMANDA :

- copia fotostatica di un documento di identità del'assistito ed in caso di minore anche del genitore delegato
- copia verbale dell'invalidità civile al 100%con indennità di accompagnamento o copia del verbale Commissione UVM con isogravità (punteggio da 2 a 5) o copia del verbale di riconoscimento dello stato di handicap in situazione di gravità (L.104/1992)
- Copia ISEE ordinario o socio sanitario in corso di validità.

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che, qualora la domanda sia priva dei requisiti richiesti o non sia integralmente compilata, verrà esclusa.

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART.13 DEL D.LGS 30 GIUGNO 2002 N. 196

Ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali", si informa che i dati da Lei forniti formano oggetto da parte nostra, di trattamenti manuali ed informatici come definito dall'art. 13 comma 1 della citata legge. Incaricato del trattamento è la responsabile del progetto. I dati sono conservati presso l'ufficio di Universo Sociale Onlus ad Arezzo. In merito a quanto sopra vi competono i diritti di cui all'art.7 del Dlgs 196/2003 pubblicato nel S.O 123 Alla G.U. 29.07.2003 n.174.

Consenso al trattamento dei dati personali

Acconsento ai sensi del Dlgs 196/2003 al trattamento e alla comunicazione dei miei dati personali ad opera dei soggetti indicati nella predetta informativa.

Data___/___/___/

Firma_____

* Progetto Assistenza Domiciliare in : VALDARNO-VALDICHIANA-VALTIBERINA