

Allegato A

RICHIESTA PER L'ACQUISTO DI INTERVENTI EROGATI DAI SOGGETTI CONVENZIONATI CON L'AZIENDA SPECIALE CONSORTILE MEDIO OLONA SERVIZI ALLA PERSONA

Il /La sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____
 nato/a a _____ Prov. di _____ il _____
 residente a _____ Prov. di _____ CAP _____
 via/piazza _____ n° _____ Tel _____

oppure

Il/La sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____
 Nato/a a _____ Prov. di _____ il _____
 Residente a _____ Prov. di _____ CAP _____
 via/p.za _____ n° _____ Tel. _____

GRADO DI PARENTELA _____ **DI**

Cognome _____ Nome _____
 Nato/a a _____ Prov. di _____ il _____
 Residente a _____ Prov. di _____ CAP _____
 via/p.za _____ n° _____ Tel. _____

CHIEDE

L'acquisto dei seguenti interventi:

DENOMINAZIONE STRUTTURA CONVENZIONATA	NOMINATIVO BENEFICIARIO	TIPOLOGIA INTERVENTO	NUMERO VOUCHER

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del DPR 445 del 28/12/00 "Chiunque rilasci dichiarazioni mendaci, firma atti falsi o ne fa uso, nei casi previsti dal presente T.U. è punito ai sensi del codice penale delle leggi speciali vigenti in materia...", sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- Di essere/Che il signor/la signora _____ è stato/a riconosciuto/a invalido/a con percentuale del _____ come da verbale n _____ in data _____ rilasciato dalla Commissione sanitaria per accertamento degli stati di invalidità dell'ASL di _____ (con o senza indennità di accompagnamento)
- che il reddito ISEE (ai fini IRPEF) in corso di validità è pari a Euro _____ come da certificazione ISEE allegata;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni economiche che determinino la perdita del diritto alla concessione del titolo sociale;
- di essere a conoscenza che il Comune, ai sensi del D.P.R. 445/2000 art. 71, e s.m.i. potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità del contenuto delle dichiarazioni
- di essere a conoscenza che:
 - 1) l'importo del voucher è di € 40,00;
 - 2) il beneficiario può ricevere fino ad un massimo di 10 voucher, per un ammontare complessivo di € 400,00.



Il sottoscritto _____ prende atto che, ai sensi dell'art.13 del D.Lgs n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", i dati personali indicati nel presente atto saranno trattati solo ed esclusivamente per gli scopi relativi al procedimento di cui all'oggetto.

Luogo, data _____

In fede
Firma del richiedente o di un parente

Allegati:

Certificazione ISEE (ai fini IRPEF)

Certificato di invalidità

Altra documentazione attestante particolare stato di bisogno e di fragilità