

ALL' AMBITO TERRITORIALE SOCIALE DSS52

Comune di _____

Via G. Falcone n. 5

91025 MARSALA

Oggetto: Progetto Home Care Premium 2014 – DELEGA (da compilare a stampatello)

Il sottoscritto/a _____

Codice Fiscale _____

Nato a _____ il _____

Residente nel Comune di _____

Via/Piazza _____

Tel. _____ e.mail _____

NELL'AMBITO DEL PROGETTO HOME CARE PREMIUM 2014

in qualità di Richiedente per

- se stesso
- beneficiario:

Cognome _____ *Nome* _____

luogo e data di nascita _____

codice fiscale _____

indirizzo di residenza _____

AI SENSI DELL'ART. 7 DELL'AVVISO PUBBLICO HCP 2014

DELEGA

GLI OPERATORI DI SPORTELLO INDIVIDUATI DALL'ATS DSS52 ALLA PRESENTAZIONE ON LINE ALL'INPS GESTIONE EX INPDAP DELLA DOMANDA PER IL PROGETTO HOME CARE PREMIUM 2014.

A TAL FINE DICHIARA

- di aver preso visione dell'avviso pubblico riferito all'assistenza domiciliare promosso dall'Inps gestione ex Inpdap (data pubblicazione GURI: 29/01/2015) e di accettarlo in tutte le sue parti dal momento che si autorizza la presentazione on line della domanda;
- di autorizzare il personale addetto al trattamento dei dati personali ai sensi D.Lgs. 30/6/2003 n° 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", autorizzandone il trattamento;
- di essere consapevole delle conseguenze civile e penali previste per coloro che rendono dichiarazioni false e che le risposte e le notizie fornite nel presente modulo di domanda sono veritiere. In particolare ho preso atto degli artt. 75 e 76 del DPR n. 445/2000 che prevedono sanzioni per chi rende dichiarazioni sostitutive di certificazioni e di atti di notorietà falsi, mendaci o parzialmente veritiere. Sono da considerarsi dichiarazioni sostitutive di certificazione tutte le notizie fornite nella domanda attinenti a stati, qualità personali e fatti che riguardano i soggetti interessati.

SI ALLEGANO:

- copia documento di identità in corso di validità del richiedente;
- copia documento di identità in corso di validità del beneficiario;
- copia Dichiarazione Unica Sostitutiva finalizzata all'acquisizione della Certificazione ISEE Sociosanitario riferita al nucleo familiare in cui è presente il beneficiario.

Il sottoscritto si impegna a segnalare qualsiasi variazione che dovesse verificarsi rispetto alle situazioni dichiarate.

Data..... Firma

Per ricevuta
Operatore HCP autorizzato _____

Per accettazione
Il richiedente _____