



CITTÀ DI VELLETRI

Città Metropolitana di Roma Capitale

Piazza Cesare Ottaviano Augusto - CAP 00049 - tel. 06961581

www.comune.velletri.rm.it

Al Comune di Velletri

Ufficio Servizi Alla Persona

Via della Neve 3

Richiesta iscrizione al Centro Diurno per Disabili

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome)

nato/a a _____ prov. _____ il _____

residente a _____ in via _____

n. _____ tel n. _____ cellulare n. _____

in qualità di _____ giusto decreto n. _____

del _____ dell'utente

Sig./Sig.ra Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

residente a _____ in via _____

n. _____ tel n. _____ cellulare n. _____

CHIEDE

al Comune di Velletri l'iscrizione presso il Centro Diurno Comunale per Disabili.

ALLEGA

(barrare le caselle di interesse)

[_] copia del documento di identità in corso di validità del richiedente;

[_] copia del documento di identità in corso di validità dell'assistito;

[_] copia della certificazione in corso di validità, rilasciata dalla Commissione per l'accertamento dell'handicap, ai sensi della legge 104 del 1992;

[_] copia del verbale di invalidità civile rilasciato dalla competente Commissione;

[_] certificato anamnestico rilasciato dal medico di base o specialista che ha in carico l'utente (allegato 1);

[_] scheda di non autosufficienza rilasciatcompilata dal medico di base o specialista che ha in carico l'utente (allegato 2);

[_] copia attestazione ISEE in corso di validità del nucleo familiare al quale appartiene l'utente;

[_] copia del Decreto attestante la nomina a Tutore e/o Amministratore di Sostegno.

Data _____

Firma _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome)

_____ nato/a a _____ prov. _____ il _____

residente a _____ in via _____

n. _____ tel n. _____ cellulare n. _____

CODICE FISCALE _____ in qualità di _____

dell'utente _____

Valendosi delle disposizioni di cui agli articoli 46/47 della normativa sulla documentazione amministrativa di cui al D.P.R. n. 28 dicembre 2000 n. 445 , consapevole delle sanzioni previste all'art. 76 e della decadenza dai benefici previsti dall'art. 75 del medesimo T.U. in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità,

DICHIARA

che l'utente _____

- ha età compresa fra i 18 e i 55 anni di età;
- ha la residenza nel Comune di Velletri;
- mancanza di entrambi i genitori ed i parenti entro il quarto grado;
- mancanza di entrambi i genitori;
- mancanza di un genitore;
- appartenere ad un nucleo familiare composto da portatori di handicap (con invalidità superiore ai 2/3) e/o ultrasessantacinquenni e/o minori;
- appartenere ad un nucleo familiare composto dal richiedente disabile con presenza di genitori di età < 65 anni lavoratori e/o disoccupati;
- appartenere ad un nucleo familiare composto dal richiedente disabile con presenza di genitori di età > 65 anni.

Data _____

Firma _____

Il/La sottoscritto/a Genitore/tutore _____

in qualità di _____ dell'utente _____

Autorizza il trattamento dei dati personali presenti nella domanda e negli allegati, ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679) e dichiaro di essere informato che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito di questo procedimento e per le finalità strettamente connesse alle funzioni istituzionali degli enti preposti.

Luogo e Data

FIRMA

firma leggibile