



Ambito Territoriale di Cerignola
Piano Sociale di Zona 2010-2012
Ufficio di Piano

**All' Ambito Territoriale di CERIGNOLA
per il tramite del Comune di _____**

**La/Il sottoscritto _____ nato il ___/___/____a
_____ (Prov. _____) e residente a _____
(Prov. _____) alla Via _____, N° di Telefono
Fisso _____;**

avendo preso visione del **Bando Pubblico** per l'individuazione dei beneficiari del servizio di **Telefonia Sociale- Vita Indipendente** a favore di persone in condizione di scarsa autonomia per età, patologia o disabilità residenti nei Comuni dell' Ambito territoriale comprendente i Comuni di Cerignola (comune capofila), Carapelle, Ortona, Orta Nova, Stornara, Stornarella: _____

CHIEDE

di poter usufruire del Servizio di **Telefonia Sociale- Vita Indipendente**;

DICHIARA

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, sotto la propria responsabilità:

di essere:

1. Persona diversabile con percentuale di invalidità pari al _____ % ;
2. Che l' ISEE (Indicatore della Situazione Economica Equivalente) ai sensi del D.L.vo 109 /1998 e seguenti, del nucleo familiare di appartenenza riferito all'anno 2012, è pari ad € _____;
3. di essere residente nel Comune di _____ ;

Di versare una somma di € **_50_** a titolo di deposito cauzionale;

Di essere consapevole che, se le domande pervenute supereranno il numero dei telefoni disponibili, verrà determinata una graduatoria sulla base dei seguenti requisiti:

- Età 16-75 anni
- Possesso requisiti relativi all'art.3 commi 1-2-3 legge 104/92
- Reddito ISEE non superiore a € 7.500,00

Di essere informato, ai sensi degli art. 10 e 11 della L. 196 del 30.06.2003 e s. m. i. : "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali", che il trattamento dei dati personali contenuto nella presente domanda è indispensabile e che sarà utilizzato dal personale dell'Ambito Territoriale di Cerignola, anche con mezzi elettronici nel rispetto della normativa vigente;

Di acconsentire al trattamento dei dati personali che lo riguardano, agli scopi per i quali è necessario;

Firma



Presentazione dell'istanza mediante incaricato
(Da compilarsi in caso di impedimento del richiedente)

La presente istanza è presentata dal Sig. _____

documento di identità _____
(Tipo di documento, patente, carta di identità ecc...)

nr. del documento _____

rilasciato in data _____

In qualità di delegato dal richiedente. _____

Data _____

Firma dell'incaricato _____

Documentazione allegata:

- Stato di famiglia dell'interessato;
- Eventuali verbali di commissioni sanitarie (invalidità civile, art.3 commi 1-2-3 L.104/92 e verbale di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento);
- Certificato ISEE del nucleo familiare di appartenenza in corso di validità relativo ai redditi percepiti nell'anno 2012;
- Copia del documento di identità in corso di validità e codice fiscale;

Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili
D. Lgs 196/2003 - Art. 23

Il sottoscritto.....
nato a il.....
residente a Via.....n.....

- Autorizza
- Non autorizza

ai sensi dell'art. 23 del decreto legislativo 196/2003, L'Ambito Territoriale di Cerignola, al trattamento dei propri dati personali per l'istruzione della pratica relativa alla richiesta d'intervento per telesoccorso e teleassistenza.

Data.....

Firma.....

N.B. : La non autorizzazione, la mancata autorizzazione o l'assenza della firma per il trattamento dei dati personali comporterà l'esclusione dell'istanza.