

DOMANDA PER L'ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI A.D.M. /A.D.H.M.

Spett.le COMUNE di GROPELLO CAIROLI

Il/La sottoscritto/a
nato/a a il
residente a in Via N.
..... recapito telefonico Codice
fiscale in qualità di
..... del minore nato
a.....il codice fiscale

CHIEDE

l'attivazione del servizio di

- assistenza domiciliare minori (A.D.M.)
- assistenza domiciliare minori disabili (A.D.H.M.);

per le seguenti motivazioni.....
.....
.....

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità

- di avere un ISEE pari ad €
- di impegnarsi al versamento mensile della quota di contribuzione (se dovuta) al Comune di Gropello

Cairolì a seguito di emissione di nota di pagamento

ALLEGA

- certificazione ISEE in corso di validità;
- documentazione relativa allo stato di disabilità

Gropello Cairolì, lì

.....
(firma del richiedente)

Consenso per il trattamento dei dati sensibili

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'informativa di cui all'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i. e acconsente al trattamento dei propri dati personali, dichiarando di avere avuto, in particolare conoscenza che alcuni dati medesimi rientrano nel novero dei dati "sensibili" di cui alla normativa vigente.

Gropello Cairolì, lì

.....
(firma leggibile)