

**AL SIGNOR SINDACO DEL COMUNE DI  
CASTELLANA SICULA**

**OGGETTO: Richiesta fruizione del servizio di Aiuto Domestico in favore di soggetti portatori di handicap grave — Anno 2017.**

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ nat a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e residente a Castellana Sicula in Via \_\_\_\_\_  
n° \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ n. tel. \_\_\_\_\_  
nella qualità di \_\_\_\_\_ referente \_\_\_\_\_ n. tel. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

- per se
- per  ( minorenni o incapace)

Cognome e nome \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente a Castellana Sicula in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ n. tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

**L'attivazione del SERVIZIO per i SOGGETTI PORTATORI di HANDICAP GRAVE ai sensi della  
Legge 104/92, art.3 - comma 3°**

(barrare la casella del servizio interessato a titolo orientativo)

- |                              |                  |
|------------------------------|------------------|
| <b>A) Aiuto domestico</b>    | <b>anno 2017</b> |
| <b>B) Sostegno economico</b> | <b>anno 2016</b> |

**DICHIARA** ai sensi dell'art.47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 quanto segue (*inerente l'interessato*):

- 1  di essere invalido/a con una percentuale riconosciuta del \_\_\_\_\_ % e di essere stato riconosciuto portatore di handicap ai sensi della Legge 104/92, art.3 — comma 3°;
- 2  che il suo nucleo familiare è composto da n° \_\_\_\_\_ componenti;
- 3  notizie sui familiari \_\_\_\_\_  
figli n° \_\_\_\_\_, figli residenti nel Comune di Castellana S. n° \_\_\_\_\_, figli residenti in altri Comuni n° \_\_\_\_\_
- 4  che il reddito familiare complessivo risultante dall' "I.S.E." in corso di validità è di € \_\_\_\_\_
- 5  che il suo medico curante è il Dr. \_\_\_\_\_

**Allega alla presente:**

- Certificazione **I.S.E.E.** — (Indicatore sulla Situazione Economica Equivalente) rilasciata dai CAAF, ai sensi del D.P.C.M. n.159 del 15 Dicembre 2013; **Importante: è valida quella rilasciata dopo il 15/01/2016;**
- Certificato medico attestante l'handicap ai sensi della Legge n.104/92 rilasciata dall'apposita Commissione Invalidi (*sono esonerati coloro che l'anno già presentato*);
- Fotocopia carta d'identità
- Altro, specificare : \_\_\_\_\_

Il sottoscritto **si impegna** a corrispondere la quota di compartecipazione al costo del servizio se ed in quanto dovuta entro dieci giorni dal ricevimento della comunicazione dell'ammontare della stessa.

**Il sottoscritto è consapevole che le istanze non complete alla data di scadenza dell'avviso prevista per il 30 settembre 2016 verranno escluse dalla graduatoria.**

Castellana Sicula, li \_\_\_\_\_

**RICHIEDENTE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
con la firma apposta alla presente attesta il proprio libero consenso al trattamento dei propri dati definiti sensibili e alla loro comunicazione nei limiti e per le finalità del servizio di A.D.A. ai sensi del D. Lgs. n. 196/03.

Castellana Sicula, li \_\_\_\_\_

**Firma**