

**Al Sindaco del Comune di S. Croce Camerina**

OGGETTO: Richiesta prosecuzione servizio residenziale in favore di inabili.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, residente a S. Croce Camerina in  
 \_\_\_\_\_ Cod.Fisc. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ madre/padre/del/lla disabile \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

La prosecuzione del ricovero dello stesso presso \_\_\_\_\_ a regime di convitto per l' anno \_\_\_\_\_ permanendo le condizioni che hanno determinato il ricovero.

Ai sensi del D.P.R. 445/2000 e SS.MM.II, consapevole che in caso di false dichiarazioni saranno applicate le sanzioni previste dal Codice Penale, sotto la sua personale responsabilità

**DICHIARA**

di essere residente a S. Croce Camerina in via/c.da \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ unitamente alla propria famiglia così composta:

Cognome e Nome	Data di Nascita	Relazione di Parentela

Il/La sottoscritto/a è a conoscenza che in rapporto all'I.S.E.E., può essere obbligato al pagamento della quota di compartecipazione di ricovero e allega la seguente documentazione:

- Certificato medico attestare la parziale o totale non autosufficienza;
- Certificato di invalidità (se in possesso)
- Dichiarazione Sostitutiva Unica e Attestazione I.S.E.E.

S. Croce Camerina, \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

**Informativa Privacy**

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere informato/a ai sensi del D.Lgs. 196/03 recante disposizioni in materia di protezione dei dati personali, che i dati forniti saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

FIRMA

\_\_\_\_\_