

Al Dirigente  
Settore Qualità e Vivibilità  
Servizio Promozione Sociale

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il  
\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Stato \_\_\_\_\_ cf \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

**Richiede**

Di usufruire un anno del servizio di telecontrollo e telesoccorso consistente in un servizio di assistenza telefonica da remoto tale da attivare un allarme a distanza presso una centrale operativa ogni qualvolta ci sia necessità e funzionante 24 ore su 24

A tal fine

**DICHIARA**

- Di chiamarsi \_\_\_\_\_;
- Di essere nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;
- Di essere residente in \_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_ tel: \_\_\_\_\_;
- Di essere in possesso della cittadinanza italiana o di uno Stato membro dell'Unione Europea \_\_\_\_\_;
- Di godere dei diritti civili e politici, ovvero i motivi del mancato godimento: \_\_\_\_\_;
- Di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_, ovvero i motivi della non iscrizione o cancellazione dalle liste stesse \_\_\_\_\_

Di essere in possesso della certificazione ISEE relativa al reddito del proprio nucleo familiare dell'anno 2017 dalla quale si desume un indicatore della situazione economica equivalente inferiore ad euro 5.000,00;

- Che il proprio nucleo familiare è composto esclusivamente dal sottoscritto che vive quindi solo
- che il proprio nucleo familiare è composto da n° ..... persone conviventi con il sottoscritto
- di essere portatore della seguente disabilità.....
- di essere affetto dalla seguente patologia.....
- di accettare senza alcuna riserva, le condizioni previste nel bando che disciplinano il possesso dei requisiti per la partecipazione,
- di essere informato che l'acquisizione e il trattamento anche informatico dei dati contenuti nella presente domanda e nei relativi allegati, ai sensi del D.Lgs. n. 196/03, è effettuato per le finalità e le attività previste dalla normativa e che con la sottoscrizione della presente dichiarazione, il Comune è autorizzato al trattamento dei dati nel rispetto della normativa sulla tutela della riservatezza;

Acclude alla presente in busta chiusa:

- copia del documento di riconoscimento, datato e firmato;
- attestazione ISEE in corso di validità
- DSU
- Certificato di disabilità
- Attestazione medica di patologia

Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_