

REGIONE MOLISE
AMBITO TERRITORIALE SOCIALE DI AGNONE (IS)
Via Verdi 9, 86081 AGNONE (IS)
Tel. 0865723228/216- Fax 086577512
Sito internet: www.ambitoagnone.it e-mail: ambitoagnone@yahoo.it

Al Sig. Sindaco del Comune di _____

_____ I _____ Sottoscritto/a _____
nato/a in _____ Prov. _____ il _____
Residente in _____
in via _____ nr. _____
Tel. _____

CHIEDE

Di poter accedere al Servizio di : _____

DICHIARA

• di scegliere per il Servizio su indicato la seguente cooperativa:

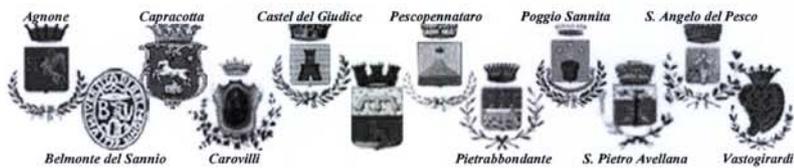
- Di impegnarsi a comunicare entro 10 giorni ogni variazione dei requisiti che danno titolo all'accesso dei servizi sociali di cui al Piano Sociale di Zona.
- Che le dichiarazioni riportate sono rese ai sensi del D.P.R. 445/2000.
- Di essere a conoscenza delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del sopracitato D.P.R. 445/2000.
- Di autorizzare l'amministrazione e gli uffici comunali al trattamento dei dati personali e sensibili per lo svolgimento del provvedimento ai sensi della Legge 675/96 e del D.Lgs. 196/2003. autorizza altresì, ove necessario, l'informazione e l'eventuale coinvolgimento dei soggetti obbligati.
- Di essere a conoscenza che la Cooperativa prescelta svolgerà il Servizio per un anno.

SI ALLEGA

1. Attestazione I.S.E.E.;
2. _____
3. _____

Luogo e Data _____

Firma _____



Ambito Territoriale di Agnone Piano Socio-Assistenziale di Zona

(si prega di scrivere in stampatello)

___ l ___ Sottoscritto/a _____
nato/a in _____ Prov. _____ il _____
Residente in _____
in via _____ nr. _____
Tel. _____

DICHIARA

**DI ACCETTARE LA QUOTA DI PARTECIPAZIONE PER IL SERVIZIO DI
“ASSISTENZA DOMICILIARE AGLI ANZIANI”**

PER L'IMPORTO DI €/ORA,(.....)

LUOGO E DATA/.....

FIRMA

.....
(Leggibile)