

Entro il 15/10/2017

DOMANDA PER L'AMMISSIONE AL "CENTRO DIURNO ALZHEIMER VT5" CON SEDE PRESSO IL COMUNE DI CIVITA CASTELLANA PER PERSONE AFFETTE DA PATOLOGIA DI ALZHEIMER RESIDENTI NELL'AMBITO TERRITORIALE DISTRETTO SOCIO-SANITARIO VT5

(Da presentare presso il rispettivo Ufficio Protocollo del Comune di residenza dell'Ambito territoriale VT5)

Il/la sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ il _____
Residente in _____ Prov. _____
Via _____ n. _____ tel. _____
C.F. _____

(DA COMPILARE SOLO IN CASO DI TUTELA LEGALE / CURATELA / AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO)

In qualità di:

- tutore
- curatore
- amministratore di sostegno

Del/della sig./sig.ra _____
Nato/a a _____ il _____
Residente in _____ Prov. _____
Via _____ n. _____ tel. _____
C.F. _____

CHIEDE

- Di essere ammesso al Centro Diurno Alzheimer VT5:

A tale fine consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità e delle possibilità di controllo da parte dell'Amministrazione Comunale, ai sensi e per gli effetti degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, pena l'esclusione

DICHIARA

Di essere in possesso della certificazione di malattia **Alzheimer rilasciata da una struttura sanitaria pubblica** del territorio nazionale e da tutti i servizi accreditati.

Allega alla presente:

- 1) copia di documento di identità del Richiedente;
- 2) Copia della certificazione di malattia rilasciata da una struttura sanitaria pubblica del territorio nazionale e da tutti i servizi accreditati.

La sig.ra / il sig

Autorizza il Servizio Sociale del Comune di _____ al trattamento dei dati rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di attivazione del servizio in oggetto della presente modulistica, ai sensi del D.Lgs n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive modificazioni e integrazioni.

Data _____

Firma _____