

**Al Sig. Sindaco del Comune di
Gangi**

Il Sottoscritto _____ nato a _____ il
_____ e residente a Gangi in Via _____ Tel. _____

Trovandosi nelle condizioni previste dalle LL. RR. 87/81 e 14/86,

C H I E D E

Alla S. V. di essere ammesso alla fruizione del servizio assistenza domiciliare disabili.

Dichiara: (segnare la voce che interessa)

- Di essere titolare di indennità di accompagnamento
- Di non essere titolare di indennità di accompagnamento

Il sottoscritto si impegna a comunicare il venir meno delle condizioni richieste dalla legge per fruire dei benefici concessi con la presente dichiarazione entro il termine di 30 giorni dal verificarsi di tale circostanza, dichiara, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'Art. 10 della Legge 675/96 e successive modifiche e integrazioni, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento di che trattasi.

Si allega:

- ❖ Fotocopia del documento di riconoscimento
- ❖ Certificazione ai sensi della Legge 104/92
- ❖ Attestazione ISEE relativa al nucleo familiare.

Firma
